

Liebe Patientin! Lieber Patient!

Damit wir Sie besser beraten und betreuen können, bitten wir Sie, den nachfolgenden Fragebogen so weit wie möglich **vollständig** auszufüllen und an der Rezeption wieder abzugeben. Alle Angaben, die Sie hier machen, werden streng vertraulich behandelt. **Wir danken Ihnen! Das Praxisteam.**

PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname: Geburtsdatum:
 Telefonnummer: Beruf:
 Familienstand: Ledig verheiratet / feste Partnerschaft
 Kinder: Nein Ja wie viele?

ÄRZTE

Waren Sie schon einmal bei einem anderen Urologen? Ja Nein

Wenn ja, bei welchem?

Name	Adresse
Dr. <input type="text"/>	<input type="text"/>

Werden Sie zurzeit von anderen Ärzten betreut? Ja Nein

Wenn ja, von welchen?

	Name	Adresse	Fachgebiet
Dr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFEKTIONSKRANKHEITEN

Welche Infektionskrankheiten hatten Sie oder unter welchen leiden Sie?

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Scharlach	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weiß nicht	Wann?	<input type="text"/>
Rheumatisches Fieber	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weiß nicht	Wann?	<input type="text"/>
Mumps	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weiß nicht	Wann?	<input type="text"/>
Röteln	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weiß nicht	Wann?	<input type="text"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weiß nicht	Wann?	<input type="text"/>
Hepatitis Typ A	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weiß nicht	Wann?	<input type="text"/>
Hepatitis Typ B	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weiß nicht	Wann?	<input type="text"/>
Hepatitis Typ C	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weiß nicht	Wann?	<input type="text"/>
Geschlechtskrankheiten	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weiß nicht	Wann?	<input type="text"/>
HIV, AIDS	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weiß nicht	Wann?	<input type="text"/>

Andere Infektionskrankheiten? Ja Nein

ALLERGIEN

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Ja Nein

Falls ja, bitte ankreuzen!

Ja **Zusatzinformation (Welche? Seit Wann?)**

Stäube, Gräser, Pollen	<input type="checkbox"/>	
Jod	<input type="checkbox"/>	
Medikamente	<input type="checkbox"/>	
Röntgenkontrastmittel	<input type="checkbox"/>	
Andere	<input type="checkbox"/>	

ANDERE KRANKHEITEN

Welche der nachfolgenden Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Krankheit	Ja	Nein	Weiß nicht	Seit wann behandelt? Jahre / Monate
Angina pectoris, Koronare Herzkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzrhythmusstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Lungenerkrankungen, z.B. Chronische Bronchitis, Asthma bronchiale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Durchblutungsstörungen in den Beinen, z.B. Schaufensterkrankheit, Krampfadern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Durchblutungsstörungen im Kopf, z.B. Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Erhöhte Blutfette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gicht (erhöhte Harnsäure im Blut)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Magen-Darm-Beschwerden (z.B. Sodbrennen, Geschwüre, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gallenblasenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bösartige Erkrankungen, Krebs oder Tumoren (z.B. Brust, Lunge, Prostata, Nieren, Gebärmutter, Hoden u. a. Organe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> Chemo <input type="checkbox"/> Strahlentherapie
Blasenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Prostataerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Harnsteinleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Nervenkrankheiten, Psychosen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Andere Erkrankungen bitte hier auflisten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

OPERATIONEN

Wurden Sie schon einmal operiert?

Wenn ja, bitte Zutreffendes ankreuzen.

	Ja	Wann?	Wo? Krankenhaus?
Leistenbruch (rechts <input type="checkbox"/> / links <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Leistenhoden, Hodenhochstand (rechts <input type="checkbox"/> / links <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Blinddarm (Appendix)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gynäkologische Operationen/ Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mandeln (Tonsillen)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nasenpolypen oder -scheidewand	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Andere Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bitte hier auflisten	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kennen Sie Ihr aktuelles **Körpergewicht**? Ja Nein kg

Kennen Sie Ihre aktuelle **Körpergröße**? Ja Nein cm

KÖRPERMAßE UND MEDIKAMENTE

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Medikamentenname

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Dosierung

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

GEWOHNHEITEN UND BERUFLICHE EXPOSITION

Wie viele Zigaretten oder Zigarren rauchen Sie?

Nichtraucher 1-10 pro Tag 10-20 pro Tag >20 pro Tag
 Wie viele Jahre rauchen Sie oder haben Sie geraucht? Jahre

Wie häufig trinken Sie Alkohol (z.B. Bier, Wein, Schnaps etc.)?

Nie Selten Gelegentlich Regelmäßig Häufig
 (max. 1x pro Monat) (max. 1x pro Woche) (2-3x pro Woche) (täglich)

Gab oder gibt es Kontakt zu Chemikalien wie z.B. Farbstoffen, Lösungsmittel, Klebstoffe? Ja Nein

KRANKHEITEN VON DIREKTEN FAMILIENMITGLIEDERN (Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder)

Welche Krankheiten sind bei Ihren Angehörigen bekannt?	JA	NEIN	WEIß nicht	
Nierenkrankheiten (z.B. Steine, Dialyse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tumorkrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Infarkt, Schlaganfall, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

VORSORGE

Waren Sie schon einmal bei einer urologischen Krebs-Vorsorgeuntersuchung? Ja Nein
 Wenn ja, wie lange liegt die letzte zurück? Jahre

ALLGEMEINES

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Branchenbuch, Telefonbuch / Welches?
- Doctolib
- Jameda anderes Internetportal / Welches?
- Webseite unserer Praxis www.aturo.berlin
- Empfehlung durch : Arzt Angehörige / Freunde
- Sonstiges / Was?

Wie lange mussten Sie darauf warten, einen Termin bei uns zu bekommen?

Bitte angeben. Ohne Termin, akut

Dürfen wir Sie an fällige Termine telefonisch (SMS) oder schriftlich (E-Mail) erinnern? Ja Nein

Dürfen wir Sie per E-Mail kontaktieren? Ja Nein

Wenn ja, bitte E-Mail Adresse hier eintragen:

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon festgestellt wurde.

1) Name: 2) Name:

War der Fragebogen schwierig oder unverständlich?
 Wenn ja, was sollte verbessert werden?

Datum:

Ihre Unterschrift: _____