

Anmeldebogen für Erstbesucher



KLINIKPRAXIS
FÜR UROLOGIE
PRIV.-DOZ.
DR. H.-J. LUBOLDT

Herzlich willkommen in der Klinikpraxis Dr. Luboldt

Wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis aufsuchen und uns Ihr Vertrauen schenken. Wir möchten Sie vor der ersten Untersuchung nach früheren Krankheiten und gegenwärtigen Beschwerden fragen. Ihre sorgfältige und vollständige Beantwortung der folgenden Fragen erleichtern unser anschließendes Gespräch.

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Beruf (ehemaliger): _____

Krankenkasse: _____

Private Zusatz-Versicherung: _____ Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____

Straße _____

PLZ _____ Ort: _____

Tel. Nr.: _____ Mobil-Nr.: _____

E-Mail: _____

Hausarzt: _____ Kardiologe: _____

Gynäkologe: _____

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ja nein

wenn ja, tragen Sie bitte die Medikamente oder Stoffe ein, gegen die Sie allergisch sind.

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? ja nein

(z.B. Marcumar, Aspirin, ASS, Godamed, Plavix o. ä.) _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

_____ morgens mittags abends

_____ morgens mittags abends

_____ morgens mittags abends

Wenn möglich, reichen Sie bitte eine Medikamentenliste ein.

Sind bei Ihnen Operationen durchgeführt worden (auch nicht urologische)? ja nein

wenn ja, tragen Sie bitte die Art der Operation und die Jahreszahl ein

Haben Sie (oder hatten Sie früher) eine der folgenden Erkrankungen?

- | | | | |
|--|---|--|---|
| Diabetes (Zuckererkrankung) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Herzbeschwerden/Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sonstige Erkrankungen _____ | |
| Magenbeschwerden
(Sodbrennen, Magengeschwür) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____ | |
| Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____ | |
| Hypertonus (Bluthochdruck) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Leiden Sie an unfreiwilligem Harnverlust? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Thrombosen oder Embolien | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sind in ihrer Familie gehäuft Krebserkrankungen aufgetreten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Rücken- oder Bandscheibenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wurde bei Ihnen eine Darmspiegelung (Coloskopie) gemacht? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Augenerkrankungen
(z. B. Glaukom od. „Grüner Star“) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wird Ihr Impfschutz regelmäßig überprüft? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Weitere Fragen

- Trinken sie Alkohol? ja gelegentlich regelmäßig nein
 noch nie nicht mehr, ich habe aufgehört seit _____
- Rauchen Sie? ja gelegentlich regelmäßig nein
 noch nie nicht mehr, ich habe aufgehört seit _____
 Zigarette Pfeife Zigarre Anzahl je Tag _____
- Für Frauen: Haben Sie Kinder geboren? Wenn ja, wie viele _____
 Normale Entbindung Kaiserschnitt

Zu welchen urologischen Themen möchten Sie beraten / behandelt werden?

- Vorsorge- / Früherkennungsuntersuchung der Frau/des Mannes
- Potenzminderung
- Unerfüllter Kinderwunsch
- Samenleiterdurchtrennung (Sterilisation)
- Inkontinenz
- Hamwegsinfektionen (Blasenentzündungen)
- Nierenerkrankungen / Steinleiden
- andere:

Dürfen wir Ihre Befunde an Ihren Hausarzt oder Ihren überweisenden Arzt weitergeben? ja nein

Bitte reichen Sie, wenn möglich, Ihre alten Arztberichte nach.

Datum _____ Unterschrift _____

Vielen Dank für Ihre Mühe,
Ihr Praxisteam der Klinikpraxis Dr. Luboldt