



**Anamnesefragebogen**

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor Ihrer Konsultation beim Arzt komplett aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ männlich:  weiblich:

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein? Bitte geben Sie alle Medikamente, d.h. auch blutverdünnende Medikamente an (z.B. ASS, Xarelto, etc.)

---

---

Hatten Sie bisher **Operationen**? Wenn ja welche? (Wenn möglich Jahreszahl angeben)

---

---

Haben Sie **chronische Erkrankungen**? (z.B.: Bluthochdruck, Diabetes mellitus, COPD, Glaukom, Krebserkrankungen, Gicht etc.)

---

---

Haben Sie **Allergien** gegen Medikamente? Wenn ja, gegen welche Medikamente?

---

**Bitte wenden**





Sind **Nierenerkrankungen** (Nierensteine, Zysten, Nierenbeckenentzündungen o.ä) bei Ihnen bekannt?

---

Sind Sie **Raucher**? Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie am Tag? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

**Hiermit stimme ich den Datenschutzbestimmungen der urologischen Praxis M. Roder/Dr. med. M. Nattermann zu. Diese sind im Aushang des Wartezimmers und der Homepage nachzulesen.**

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_

#### **Entbindung der Schweigepflicht von Angehörigen**

Hiermit bestätige ich das Herr/Frau \_\_\_\_\_ Auskunft über meine Befundergebnisse erhalten darf.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.