



Urologische Gemeinschaftspraxis

Markus Brandl  
Dr. med. Manuel Fichtlscherer  
Dr. med. Andreas Weinbuch  
Franz Kauderer



## Anamnesebogen

Ihre Telefon-Nummer: \_\_\_\_\_ Ihr Hausarzt: \_\_\_\_\_

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Gesundheit anvertrauen wollen. Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen; bei evtl. Fragen helfen wir Ihnen gerne! Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht; Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen.

Ihr Hauptanliegen: \_\_\_\_\_

### **WICHTIG: Medizinische Befunderhebung**

Bitte sorgfältig ausfüllen! Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

	<b>ja</b>	<b>nein</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>
Diabetes/Zuckerkrankheit			HIV positiv, AIDS		
Typ I ( ) Typ II ( )	( )	( )	Hepatitis A	( )	( )
Nierenerkrankung	( )	( )	Hepatitis B	( )	( )
Schilddrüsenerkrankung	( )	( )	Hepatitis C	( )	( )
Lebererkrankung	( )	( )	Tuberkulose	( )	( )
Asthma	( )	( )			
Epilepsie	( )	( )			
Blutgerinnungsstörungen	( )	( )	<b>Allergien :</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Herzschrittmacher	( )	( )	Lokalanästhesie	( )	( )
Endokarditis (Herzmuskelentzünd.)	( )	( )	Antibiotika	( )	( )
Rheuma	( )	( )	Schmerzmittel	( )	( )
			Jod	( )	( )

wenn **ja**, welche: \_\_\_\_\_

Ihre Größe: \_\_\_\_\_

Ihr Gewicht: \_\_\_\_\_

**Nur für Frauen:** **ja** **nein**

Besteht eine Schwangerschaft? ( ) ( )

Wenn ja welcher Monat? \_\_\_\_\_

Wie viele Kinder haben Sie? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie **ja** **nein**  
Medikamente ( ) ( ) welche? \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_