

Anamnese

Patient

☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Divers

Titel: _____

Akademischer Titel: _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Straße & Hausnummer: _____

Postleitzahl & Ort: _____

Handynummer: _____

E-Mail: _____

Über wen ist der Patient
versichert? _____

Gesetzlicher Vertreter (Falls vorhanden)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

In welchem Verhältnis
stehen Sie zum Patient? _____

Versicherter (Falls abweichend vom Patienten)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Handynummer: _____

Versicherung

Name der Versicherung: _____

☐ Gesetzlich versichert ☐ Privat versichert

☐ Beihilfeberechtigt ☐ Basistarif

☐ Gesetzlich pflichtversichert

☐ Gesetzlich freiwillig versichert

☐ Haben Sie eine Zusatzversicherung?

Zusatzversicherung: _____

Tarif: _____

Allgemeine Angaben

Ihr Beruf: _____

Haben Sie einen Hausarzt? ☐ Ja ☐ Nein

Name des Hausarztes: _____

Adresse des Hausarztes: _____

Größe (in cm): _____

Gewicht (in kg): _____

BMI: _____

Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch in unserer Praxis?

- ☐ Akute Beschwerden / Schmerzen ☐ Vorsorgeuntersuchung / Check-up ☐ Routinekontrolle / Nachkontrolle
☐ Sonstige Gründe

Sonstiges: _____

Gesundheitliche Angaben

Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)? ☐ Ja ☐ Nein

Welcher Typ?

- ☐ Typ 1 ☐ Typ 2

HbA1c Wert: _____

Haben Sie eine chronische Erkrankung der Atemwege / Asthma? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Atemwegserkrankung? _____

Haben Sie eine Nervenerkrankung (z.B. Multiple Sklerose, Demenz, Alzheimer, ADHS)? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Nervenerkrankung? _____

Haben Sie Epilepsie? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie eine Nierenerkrankung? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Nierenerkrankung? _____

Haben Sie eine Lebererkrankung? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Lebererkrankung? _____

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Schilddrüsenerkrankung? _____

Haben Sie Grünen Star (Glaukom)? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie eine Tumorerkrankung oder erhalten Sie eine Chemo- / Strahlentherapie? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Tumorerkrankung und Therapieform? _____

Haben Sie zurzeit eine Infektion (z.B. Erkältung, Magen-Darm-Infektion)? ☐ Ja ☐ Nein

Herzerkrankungen

Haben Sie eine Herzerkrankung (z. B. Herzinfarkt, Rhythmusstörung)? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Herzerkrankung? _____

Haben Sie Bluthochdruck? ☐ Ja ☐ Nein

Hatten Sie eine Herzoperation? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Herzoperation und wann? _____

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie sonstige Herzerkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein

Welche? _____

Infektionskrankheiten

Haben Sie Hepatitis? ☐ Ja ☐ Nein

Welche?

☐ Hepatitis A ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C ☐ Hepatitis D ☐ Hepatitis E

Ausgeheilt? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie eine HIV-Infektion / Stadium AIDS? ☐ Ja ☐ Nein

Ist die Viruslast unterhalb der Nachweisgrenze für HIV-Infektionen? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Tuberkulose? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Krankenhauskeime (z.B. MRSA, VRE)? ☐ Ja ☐ Nein

Welche? _____

Haben Sie eine Creutzfeldt-Jakob (CJK) Variante? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie sonstige Infektionskrankheiten? ☐ Ja ☐ Nein

Welche? _____

Urologische Vorgeschichte

Haben Sie Erkrankungen der Harnblase oder wiederkehrende Blasenentzündungen? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Erkrankungen und wie häufig? _____

Hatten Sie urologische Operationen? ☐ Ja ☐ Nein

Welche urologischen Operationen hatten Sie und wann? _____

Sind bei Ihnen Prostataerkrankungen bekannt? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Beschwerden im Zusammenhang mit Ihrer Sexualität / Fruchtbarkeit? ☐ Ja ☐ Nein

Besteht in Ihrer Familie eine Vorgeschichte von Nieren- / Blasen- oder Prostatakrebs? ☐ Ja ☐ Nein

Weitere gesundheitliche Angaben

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Haben Sie längere Blutungszeit nach Verletzungen? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Allergien? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Allergien? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie andere nicht aufgeführte Krankheiten? ☐ Ja ☐ Nein

Welche anderen Krankheiten haben Sie? _____

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein

Behandelnder Arzt: _____

Sind Sie alkohol- oder drogenabhängig? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Substanzen und wie oft? _____

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

Wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Treiben Sie regelmäßig Sport? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Sportart betreiben Sie? _____

Wie häufig pro Woche? _____

Sind Sie schwanger / Könnten Sie schwanger sein? ☐ Ja ☐ Nein

In welchem Monat? _____

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen oder haben Sie Fragen?

Weitere Angaben

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- ☐ Persönliche Empfehlung ☐ Google ☐ Facebook ☐ Instagram ☐ Jameda
☐ Online Terminbuchung (z.B. via Doctolib oder Dr. Flex) ☐ Zeitschrift ☐ Posteinwurfsendung ☐ Außenwerbung

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____