Vorbereitung auf Ihre urologische Erstvorstellung

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen möglichst vollständig aus. Ihre Angaben helfen uns, die Erstvorstellung gezielt vorzubereiten.

Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Beruf / berufliche Tätigkeit: _____ Datum: _____

Miktionsgewohnheiten / Wasserlassen

Diurie – Wasserlassen tagsüber:
ca. _____ ×/Tag

Nykturie:
☐ keine ☐ 1× ☐ 2× ☐ 3× ☐ ≥4×/Nacht

Harndrang:
☐ unauffällig ☐ verstärkt ☐ plötzlich / imperativ

Schwacher Harnstrahl?
☐ nein ☐ ja

Obstruktive Miktion:
☐ Startverzögerung ☐ Unterbrechungen ☐ Pressen

Nachtröpfeln / Nachträufeln?
☐ nein ☐ gelegentlich ☐ häufig

Nachpressen beim Wasserlassen?
☐ nein ☐ ja

Gefühl unvollständiger Blasenentleerung?
☐ nein ☐ ja

Trinkmenge

Tägliche Trinkmenge: ca. _____ Liter/Tag ☐ überwiegend Wasser ☐ Kaffee/Tee ☐ Softdrinks ☐ Alkohol ☐ Sonstiges: _____

Stuhlgang

Regelmäßigkeit: ☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig Häufigkeit: ca. _____ ×/Tag ☐ Verstopfung ☐ Pressen ☐ Durchfall ☐ Stuhlinkontinenz
Sonstiges: _____

Vorerkrankungen / Voroperationen

Relevante Vorerkrankungen: _____
Voroperationen am Bauch / Becken: _____
Weitere Operationen / Krankenhausaufenthalte: _____

Familinanamnese / genetische Vorerkrankungen

☐ keine bekannt ☐ genetische / familiäre Erkrankungen bekannt ☐ Brustkrebs in der Familie
☐ Prostatakrebs in der Familie

Bei Brust-/Prostatakrebs möglichst angeben: Verwandtschaftsgrad _____ Alter bei Erkrankung ca. _____ Jahre weitere Fälle: _____

Vorbereitung auf Ihre urologische Erstvorstellung

Blasenfunktion • Kontinenz • geschlechtsspezifische Anamnese

Kontinenz / Urinverlust

Belastungsinkontinenz?
☐ nein ☐ ja, bei Husten/Niesen ☐ bei Sport/Belastung

Dranginkontinenz?
☐ nein ☐ ja

Vorlagen erforderlich?
☐ nein ☐ gelegentlich ☐ täglich

Versorgung:
☐ dünne Slip-Einlage ☐ dünne Binde ☐ mittlere Binde ☐ dicke Binde ☐ anderes: _____

♀ Speziell bei Frauen

Schwangerschaften: _____ Geborene Kinder: _____ Fehlgeburten: _____ Lebendgeburten: _____

Geburtsart	Anzahl	Besonderheiten
Vaginal / spontan	_____	_____
Saugglocke	_____	_____
Zange	_____	_____
Kaiserschnitt	_____	_____

Beckenbodenbeschwerden / Senkungsgefühl: ☐ nein ☐ ja Menopause: ☐ ja ☐ nein Sonstiges: _____

♂ Speziell bei Männern – Andrologie

Morgenerektionen: ☐ regelmäßig vorhanden ☐ gelegentlich ☐ nicht vorhanden
Erektionsverhalten: ☐ unauffällig ☐ Erektion weniger fest ☐ nicht ausreichend lang ☐ Erektionsprobleme ☐ Libido vermindert
Eigene Kinder: ☐ nein ☐ ja, Anzahl: _____ Kinderwunsch: ☐ nein ☐ ja
Weitere andrologische Beschwerden: _____

Nikotin / Genussmittel

Nikotinabusus: ☐ nein ☐ aktuell ☐ früher Zigaretten ca. _____ / Tag seit _____ Jahren aufgehört seit _____
Weitere relevante Genussmittel / Substanzen: _____

Weitere Beschwerden / wichtige Hinweise

_____
_____
_____

Hinweis: Dieser Bogen dient der Vorbereitung der urologischen Erstvorstellung und ersetzt keine ärztliche Untersuchung oder individuelle Beratung.