

Aufnahmebogen für urologische Patienten

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Alter _____

Urologe _____

Hausarzt _____

Gehen Sie regelmäßig zur Krebsvorsorgeuntersuchung?

ja nein

Letzte Untersuchung _____

Letzter PSA-Wert _____

Was ist der Grund Ihrer stationären Aufnahme?

Vorerkrankung

Sind bei Ihnen folgende Probleme oder Krankheiten bekannt (bitte ankreuzen)?

Hals-Nase-Ohren-Auge

grüner Star

weitere Krankheiten _____

Herz- Kreislaufferkrankungen

Herzinfarkt

Herzkranzgefäßverengung

Bluthochdruck

Herzklappenfehler

Herzschrittmacher

weitere Erkrankungen _____

Lungenerkrankungen

Asthma

Tuberkulose (TBC)

Bronchitis

weitere Erkrankungen _____

Magen-Darmerkrankungen

Magen-Darmgeschwüre

Magen-Darmentzündung

weitere Erkrankungen _____

Lebererkrankungen

Leberzirrhose

Leberentzündung (Hepatitis)

Gallensteine

weitere Erkrankungen _____

Muskel und Knochenerkrankungen

Rückenschmerzen

Bandscheibenvorfall

künstliche Gelenke

weitere Erkrankungen _____

Neurologische Erkrankungen

Epilepsie

Schlaganfall

weitere Erkrankungen _____

Urologische Erkrankungen

gutartige Prostatavergrößerung

bösartige Prostataerkrankung

Nierenversagen

bösartige Nierenerkrankung

Hodenerkrankungen

Nieren-Harnleitersteine

Inkontinenz

Blasenentzündungen

weitere Erkrankungen _____

Hormon-Stoffwechselstörungen

Zuckererkrankung

Gicht

Schilddrüsenerkrankung

weitere Erkrankungen _____

Seelische Erkrankungen

Depression

weitere Erkrankungen _____

Bluterkrankungen

Leukämie

Gerinnungsstörungen

weitere Erkrankungen _____

Andere Erkrankungen

Drogenmissbrauch

HIV-Infektion

Hauterkrankungen

weitere Erkrankungen _____

Alkoholkonsum täglich wöchentlich selten

Raucher _____ pro Tag Ex-Raucher

Operationen

Welche Operationen wurden durchgeführt und wann ?

Allergien

Sind Sie gegen Medikamente allergisch ?

ja nein

Wenn ja, schreiben Sie die Medikamente und die Komplikationen auf

Medikation

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben

Datum _____

Unterschrift _____