

**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** \_\_\_\_\_