

UROLOGISCHE ANAMNESE

Sind Allergien (auch Medikamenten-Unverträglichkeiten) bekannt? NEIN JA
Welche?
.....

Wie viel Liter trinken Sie ungefähr in 24 Stunden (Tag und Nacht)? ca._Liter

Wie häufig müssen Sie dann in etwa Wasserlassen? tagsübermal, nachtsmal

Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen? NEIN JA

Haben Sie sichtbar Blut im Urin bemerkt? NEIN JA

Ist bei Ihnen ein Nierensteinleiden bekannt? NEIN JA

Haben Sie jetzt oder hatten Sie früher gehäuft Harnwegsinfektionen? NEIN JA

Wie ist Ihr Harnstrahl? (bitte unterstreichen): normal / mäßig abgeschwächt / stotternd /
tröpfchenweise / muss pressen

Besteht bei Ihnen ein unfreiwilliger Urinverlust? NEIN JA Wenn ja bei welcher
Gelegenheit? (bitte unterstreichen) Schwer heben / Sport / Springen / Husten o. Niesen / Lachen /
Treppensteigen / normal Laufen / im Liegen

Verspüren Sie dabei einen vermehrten Harndrang? NEIN JA

Tragen Sie Einlagen? NEIN JA Wenn ja wie viel benötigen sie pro Tag?..... Stck. ggf.
Bezeichnung:

Sehen Sie Blutauflagerungen auf dem Stuhl? NEIN JA

Haben Sie Stuhlunregelmäßigkeiten (Durchfall/Verstopfung/Inkontinenz)? NEIN JA

Sonstige Angaben oder Ergänzungen:
.....
.....

Einwilligung zur Terminerinnerung per SMS und/oder E-Mail

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS
und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnern. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit
einverstanden sind. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit
mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

- Ja, ich möchte Terminerinnerungen erhalten
 Nein, ich möchte keine Terminerinnerungen erhalten

Datum

Unterschrift