



## 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? tagsüber .....mal, nachts .....mal

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:

.....

.....

Kontakt zu unsere Praxis/Empfehlung durch:  Arzt  Familie  Bekannte(r)  
 Internet  Sonstiges

Datum .....

Unterschrift .....