Urologische Gemeinschaftspraxis Elmshorn
Vormstegen 27-31 · 25336 Elmshorn
Telefon 04121 3517

Erstbesuch - Fragebogen für Männer

Bitte soweit möglich ausfüllen. Unklare Angaben ergänzen wir gemeinsam im Arztgespräch.

Name / Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße / Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____ Telefon: _____

Hausarzt / überweisende Praxis: _____

1. Was führt Sie heute zu uns?

Beschwerden, Vorsorge oder anderer Anlass:

_____

_____

Seit wann bestehen die Beschwerden? _____

2. Welche Beschwerden haben Sie?

- ☐ Häufiger oder plötzlicher Harndrang
- ☐ Schwacher / unterbrochener Harnstrahl
- ☐ Nächtliche Toilettengänge
- ☐ Blase fühlt sich nicht ganz leer an
- ☐ Brennen / Schmerzen beim Wasserlassen
- ☐ Sichtbares Blut im Urin
- ☐ Ungewollter Urinverlust
- ☐ Schmerzen in Flanke / Unterbauch

☐ Keine Beschwerden ☐ Weitere Beschwerden: _____

3. Frühere Erkrankungen oder Behandlungen der Harnwege

- ☐ Wiederholte Blasenentzündungen
- ☐ Nierenbeckenentzündung
- ☐ Nieren- / Harnleiter- / Blasensteine
- ☐ Tumor an Niere, Blase oder Harnwegen
- ☐ Blasenkatheter / Harnableitung
- ☐ Keine bekannt

Welche Untersuchungen, Operationen oder Behandlungen gab es? Wann und wo?

_____

_____

4. Erkrankungen in Ihrer Familie

Sind Prostata-, Nieren- oder Blasenkrebs bei nahen Angehörigen bekannt?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Weiß ich nicht

Wenn ja: Wer war betroffen, welche Erkrankung und in welchem Alter?

_____

Was ist Ihnen für den Termin besonders wichtig? _____

Bitte beide Seiten und einen aktuellen Medikamentenplan zum Termin mitbringen.

Urologische Gemeinschaftspraxis Elmshorn
Vormstegen 27-31 · 25336 Elmshorn
Telefon 04121 3517

Erstbesuch - Männer | Weitere Angaben

Name / Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

5. Welche weiteren Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

☐ Diabetes / Zuckerkrankheit
☐ Herz- / Kreislauferkrankung, Bluthochdruck
☐ Nierenerkrankung
☐ Neurologische Erkrankung
☐ Tumorerkrankung / Bestrahlung
☐ Keine bekannt

Weitere Erkrankungen / wichtige Einzelheiten: _____

6. Sonstige Operationen oder Krankenhausbehandlungen

Art / Jahr: _____

_____

7. Medikamente

☐ Medikamentenplan beigefügt ☐ Ich nehme keine Medikamente

Nehmen Sie Blutverdünner ein? ☐ Nein ☐ Ja ☐ Weiß ich nicht

Falls ja: Name: _____

Weitere Medikamente ohne beigefügten Plan: _____

8. Allergien und Unverträglichkeiten

☐ Keine bekannt ☐ Ja ☐ Weiß ich nicht

Gegen was? Welche Reaktion? _____

9. Ergänzende Angaben zur Prostata und Männergesundheit

Prostataerkrankung / auffälliger PSA-Wert bekannt? ☐ Nein ☐ Ja ☐ Unklar

Letzter PSA-Wert (ng/ml), falls bekannt: _____ Datum: _____

Behandlung / Operation an Prostata, Hoden oder Harnröhre: _____

Sexualität, Erektion oder Kinderwunsch (freiwillige Angabe):

☐ Kein Anliegen ☐ Ich möchte dies im Arztgespräch ansprechen

IPSS (0-35 Punkte): _____ Lebensqualität (0-6): _____

Rauchen: ☐ Nie ☐ Früher ☐ Aktuell Menge / Tag: _____

Weitere wichtige Angaben: _____

Ausgefüllt am: _____

Bitte beide Seiten und einen aktuellen Medikamentenplan zum Termin mitbringen.