



Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,
wir sind bemüht, Sie optimal ärztlich zu behandeln.

Hierzu benötigen wir die vollständige Information über Ihre Krankheitsvorgeschichte und bitten Sie um Ihr aktives Mitwirken. Alle Ihre Angaben sind freiwillig.

Patienten-ID: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Telefon/Handy: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja

Nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein?

Ja

Nein

(z.B. ASS, Godamed, Marcumar, Plavix usw.)

Wenn ja, welches? _____

Bestehen folgende Krankheiten/Risikofaktoren?

Ja

Nein

1. Zucker (Diabetes mellitus)

2. Nierenversagen

3. Krebserkrankung bei Ihnen

4. Familiäre urologische Krebserkrankungen welche/wer

5. Bestrahlung/Chemotherapie

6. Kollagenose/PCP/Rheuma

7. Bluthochdruck

8. Rauchen Sie

9. Nierensteine bei Ihnen/familiär

Sonstige Krankheiten? _____

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja, im _____ Monat

Nein

Bisherige Operationen:

Ja, nämlich _____

Nein

Frühere Infektionskrankheiten:

Ja, nämlich _____

Nein

Allergien auf Medikamente:

Ja, nämlich _____

Nein

Sind Nieren oder Blase schon einmal geröntgt worden?

Ja, zuletzt _____

Nein

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Soll Ihr Hausarzt einen Brief über das Ergebnis der Behandlung erhalten?

Ja, bis auf schriftlichen Widerruf

Nein

Die Information zum Datenschutz (Aushang Wartezimmer) habe ich zur Kenntnis genommen.

Hof, den _____

Unterschrift: _____

Version: 05/24