



Urologie Friedrichstraße

Dr. med. C. Schurwanz & Dr. med. K.- U. Johann & Dr. med. S. Ruppin
Friedrichstr. 94, 10117 Berlin

Name:		Geburtstag:		Familienstand:	
Beruf:	Tel:	Kinderzahl:		Gewicht:	Größe:
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?		Haus-/Kontaktarzt: Adresse:			
e-mail:		Familiäre Tumor- od. chron. Erkrankungen:			
Rauch(t)en Sie? Nie <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> bis: Wie viel:		Trinken Sie Alkohol? Nein <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Was/Wie viel:			
Warum kommen Sie zu uns?					
Leiden/litten Sie unter NICHTUROLOGISCHEN ERKRANKUNGEN (ggf. wann)? Nein <input type="checkbox"/>					
Diabetes mellitus (Zucker)	Ja <input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörung	Ja <input type="checkbox"/>		
Glaukom (Erhöhter Augeninnendruck)	Ja <input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/>		
Angina pectoris	Ja <input type="checkbox"/>	And. Herzerkrankungen, welche?	Ja <input type="checkbox"/>		
Durchblutungsstörung, wo?	Ja <input type="checkbox"/>	Schlaganfall, wann?	Ja <input type="checkbox"/>		
Schilddrüsenerkrankung, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Lebererkrankung	Ja <input type="checkbox"/>		
Nierenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Gicht	Ja <input type="checkbox"/>		
Infektionserkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Tuberkulose	Ja <input type="checkbox"/>		
Asthma bronchiale	Ja <input type="checkbox"/>	Parkinsonkrankheit	Ja <input type="checkbox"/>		
Multiple Sklerose	Ja <input type="checkbox"/>	Krebserkrankung, welche?	Ja <input type="checkbox"/>		
Welche andere Erkrankungen? (Orthopädie/Arthrosen/Schmerzen..)					
Nehmen Sie MEDIKAMENTE (Blutverdünner, Vitamine...) ein?					
Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	1.			
		2.			
		3.			
		4.			
		5.			
		6.			
		7.			
Haben Sie ALLERGIEN (Medikamenten- od. Kontrastmittelunverträglichkeiten) ?					
Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	1.			
		2.			
		3.			
		4.			
		5.			
Erfolgten OPERATIONEN ?					
Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	1.			
		2.			
		3.			
		4.			
		5..			
Welche UROLOGISCHEN ERKRANKUNGEN haben/hatten Sie wann? (Steine, Infektionen, Tumoren..)?					
Wie stark ist Ihr Harnstrahl? Schwach <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Stark (jugendlich normal) <input type="checkbox"/>					
Wie häufig lassen Sie Wasser?		Verlieren Sie Urin?		War Blut im Urin?	
Tags:	Nachts:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Stuhlgang:	Regelmäßig <input type="checkbox"/>	Unregelmäßig <input type="checkbox"/>		Mit Blut <input type="checkbox"/>	
Darmspiegelung (Coloscopie) erfolgt?		Nein <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/> , wann:	
Leiden Sie als Mann an einer Störung der Gliedsteifigkeit?					
Nie <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Häufig <input type="checkbox"/>	Immer <input type="checkbox"/>		

Datum

Unterschrift

(Bitte ggf. Rückseite für Ergänzungen nutzen)