

# Patientenfragebogen

Vorname, Name:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Welche(n) Beruf(e) haben Sie über 10 Jahre lang ausgeübt?

Hatten Sie dabei Kontakt mit Giftstoffen wie Lösungsmittel oder Benzin/Diesel?

**Nein**    **Ja**   Wenn ja, welche?

Rauchen Sie, oder haben Sie geraucht?

**Nein**    **Ja**   Wenn ja, seit und bis wann?

 - 

Haben Sie Allergien?

**Nein**    **Ja**   Wenn ja, welche?

Besteht bei Ihnen eine Medikamentenunverträglichkeit?

**Nein**     **Ja**    Wenn ja, welche?

Hatten Sie im Laufe ihres Lebens Operationen?

**Nein**     **Ja**    Wenn ja, welche?

Gibt es bei Ihnen Vorerkrankungen? Bitte die entsprechenden ankreuzen.

- |                                                             |                                                              |                                                          |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Zuckerkrankheit</b>             | <input type="checkbox"/> <b>zu hoher Blutdruck</b>           | <input type="checkbox"/> <b>zu niedriger Blutdruck</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Herzerkrankungen</b>            | <input type="checkbox"/> <b>Lungenerkrankungen</b>           | <input type="checkbox"/> <b>Nierenerkrankungen</b>       |
| <input type="checkbox"/> <b>Lebererkrankungen</b>           | <input type="checkbox"/> <b>Nervenerkrankungen</b>           | <input type="checkbox"/> <b>Schilddrüsenerkrankungen</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Blutungsneigung</b>             | <input type="checkbox"/> <b>Augenhochdruck (Grüner Star)</b> |                                                          |
| <input type="checkbox"/> <b>Magen- und Darmerkrankungen</b> |                                                              |                                                          |

Sonstige Erkrankungen:

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

**Nein**     **Ja**    Wenn ja, welche?

Nehmen Sie andere Medikamente ein?

**Nein**     **Ja**    Wenn ja, welche?

Gerne können Sie auch Ihren aktuellen Medikamentenplan mitbringen.

Sonstige Hinweise:

Mit der Nutzung dieses Formulars erklären Sie sich mit der Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten gemäß unserer Datenschutzerklärung einverstanden. (<https://urologie-graen.at/datenschutz/>)

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

---

Urologische Praxis Grän • Dorfstraße 3 • 6673 Grän • Markus Büttner