



## Anamnesebogen

Welche Beschwerden führen Sie heute zu uns? (bitte in Stichworten)

.....  
.....  
.....

Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen? Falls ja:

Schmerzen	<input type="checkbox"/>	gesteigerter Harndrang	<input type="checkbox"/>	Blasenschwäche	<input type="checkbox"/>
Blut im Urin	<input type="checkbox"/>	abgeschwächter Harnstrahl	<input type="checkbox"/>		

Dauer der Beschwerden: seit .....  
tagsüber: ca ..... mal nachts: ca ..... mal

	Ja	Nein
Hatten Sie früher oder haben Sie derzeitige Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		

Hatten Sie frühere Unterleibserkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls Ja, welche? .....		
.....		

Bestand oder besteht bei Ihnen eine	Tumorerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	psychische Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rückenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie Operationen/Bestrahlungen/Chemotherapien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, welche? .....		
.....		

Leiden Sie an der Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Erektionsstörungen/ sexuellen Problemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermuten Sie Probleme mit den männlichen Wechseljahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, an welchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		

Nehmen Sie Dauermedikamente ein?

Falls ja, welche? .....  
.....

.....  
Datum

.....  
Name / Vorname (bitte in Druckschrift)

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**