

Name, Vorname, geb. Datum:

Adresse:

E-Mail Adresse:

Telefon-Nr.:

-----

Beruf:

Hausarzt:

Praxis D. Schellenberg  
Facharzt für Urologie  
Im Mühlenbruch 10

53639 Königswinter

Bitte deutlich schreiben!

Welche aktuellen Beschwerden führen Sie in meine/unsere Sprechstunde?

Waren Sie schon einmal bei einem Urologen? Wenn ja, wegen welcher Beschwerden?

Leidet jemand in Ihrer Familie oder ein direkter Verwandter an einer Urologischen Erkrankung?

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	Erhöhter Augeninnendruck	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Gicht (Harnsäureerhöhung)	<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>
Herzkranzgefäßverengung (Angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>

Sonstige Krankheiten

Raucher  ja  nein      Zigaretten /Tag  ja  nein

Nierensteine bekannt?  ja  nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn Ja, welche? (z.B. Marcumar, ASS oder Metformin)

Leiden Sie an einer Medikamentenallergie? Wenn Ja, gegen welches Medikament?

Wurden bei Ihnen bereits Operationen durchgeführt? Wenn Ja, welche und wann?