



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: 04/24