

MÄNNER

Name: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Beruf/letzte Tätigkeit: _____

Größe/Gewicht: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Hausarzt: _____ Fachärzte: _____

Grund des Praxisbesuches:

| | nein | | | | ja |
|---------------------------------|------|---|---|---|----|
| Schwacher Harnstrahl | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Plötzlicher, starker Harndrang | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nächtliches Wasserlassen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Potenzschwierigkeiten | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nervosität bzgl. sex. Aktivität | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Allergie: (zb. Medikamente) nein ja: _____

Blutverdünnung: nein ja: _____

Diabetes mellitus: nein ja Metformin: nein ja

Nierenfunktionsstörung: nein ja

Herzinfarkt: nein ja: _____ Stent nein ja

Schlaganfall: nein ja: _____

Herzrhythmusstörung: nein ja: _____

Krebserkrankung: nein ja: _____

Infektionskrankheiten:
(HIV, HEP C..., usw.) nein ja: _____

Schilddrüsenerkrankung: nein ja: _____

Ich wäre ggf. mit Erinnerungen an anstehende Kontroll- oder Vorsorgeuntersuchungen einverstanden: ja nein

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Es ist mir bekannt, dass dieser Anamnesebogen in der Praxis eingescannt wird.