



**Gemeinschaftspraxis für Urologie Kempen-Viersen-Nettetal-Willich-Straelen**

Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2015

Dr. med. Michael Kämmerling, Dr. med. Andreas Bükers, Herr Wolfgang Spoerl, Dr. med. Gudula Linnenbrink, Dr. med. Stefan Rütten, Herr Daniel Thönissen, Herr Matthias Küch

**Angestellte Ärzte:** Dr. med. Michel Kämper, Dr. med. Martin Rosmus, Frau Sibille Weiss, Dr. med. Wibke Harms, Herr Julius Amadeus Graf

Medikamentöse Tumorthherapie, Palliativmedizin, Ambulante Operationen, Krebsvorsorge, Andrologie, Kinderurologie, Inkontinenzberatung und Labormedizin

**PATIENTENERHEBUNGSBOGEN**

Patient: \_\_\_\_\_

Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse
---------------	--------------	--------------

Anschrift: \_\_\_\_\_

Postleitzahl	Ort	Straße	Telefon
--------------	-----	--------	---------

Beruf \_\_\_\_\_

Telefon dienstlich	Tel. mobil
--------------------	------------

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf eine urologische Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind gesetzlich vorgeschrieben. Sie dienen dazu, Ihre Behandlung zu optimieren.

Gleichzeitig möchten wir Sie informieren, dass alle behandelnden Ärzte der urologischen Gemeinschaftspraxis Kempen-Viersen-Nettetal-Willich-Straelen Ihre Krankenakte einsehen können und Sie ggf. auch mitbehandeln. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne. Bitte sprechen Sie uns an.

Wann war Ihr letzter Besuch bei einem Urologen?.....

Stehen Sie in allgemeinärztlicher Behandlung? Nein  Ja  Hausarzt. ?.....

Kommen Sie zu einer **Vorsorgeuntersuchung**?

ja nein

Besteht der Verdacht auf eine **Hormonstörung**? (Schlafstörung, Abgeschlagenheit, Müdigkeit, Sexualstörungen, Konzentrationsschwäche)

- -

**Bestehen:**

- |                         |  |   |   |
|-------------------------|--|---|---|
| - Herzerkrankungen      | Herzschwäche/Insuffizienz  | - | - |
|                         | Herzrhythmusstörungen  | - | - |
|                         | Herzschrittmacher  | - | - |
| - Kreislauferkrankungen | Blutdruck normal <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> | - | - |
|                         | Zustand nach Herzinfarkt   | - | - |
| - Stoffwechselstörungen | Zuckerkrankheit/Diabetes   | - | - |
|                         | Schilddrüsenerkrankung   | - | - |
| - Blutungsneigung       | Marcumar, Aspirin/ASS (bitte kennzeichnen)   | - | - |
| - Allergien             | Medikamentenallergien  | - | - |
|                         | Asthma, Hautallergien  | - | - |
|                         | Besitzen Sie einen Allergiepass  | - | - |
| - Operationen           |  | - | - |

Wenn ja, welche Operationen?.....

- Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?.....

- Sind Sie einverstanden, dass Ihre Angehörigen (Ehepartner) über Befunde informiert werden

Wir danken für Ihre Angaben  
Ihr Praxisteam

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift vom Patienten