



Anamnesefragebogen für Männer

Sehr geehrte Patienten, ich freue mich, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihnen eine gute Beratung und Behandlung zu bieten, bin ich auf Ihre Mithilfe und Auskünfte angewiesen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, soweit es Ihnen möglich ist. Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an ein Mitglied unseres Teams oder an mich persönlich.

Vielen Dank! Dr. med. Christiane Peters

Name, Vorname _____

Adresse _____

Tel. / Mobil _____ E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Körpergröße _____ Gewicht _____ BMI _____

• Haben oder hatten Sie eine der folgenden Beschwerden / Erkrankungen? nein ja

- Falls ja, bitte ankreuzen :

- Schilddrüsenerkrankungen _____ Hashimoto -Thyreoiditis
- Diabetes mellitus _____ insulinpflichtig
- Bluthochdruck
- Fettstoffwechselstörung / erhöhte Blutfettwerte
- Chronische Kopfschmerzen / Migräne _____ mit Aura
- Magen-, Darmerkrankungen
- Asthma / chron. Bronchitis
- Psychische Erkrankungen
- Epilepsie
- Nierenerkrankungen
- Lebererkrankungen
- Herz-/ Kreislaufferkrankungen
- Thrombose / Embolie
- Krebs / andere Tumore
- Genetische Erkrankungen

• **Hatten Sie Operationen?** nein ja

- Falls ja, dann ergänzen Sie bitte welche Art der Operation und wann sie durchgeführt wurden:

• **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** nein ja

- Falls ja, dann nennen Sie mir bitte das Präparat / die Präparate:

• **Nehmen Sie regelmäßig Mikronährstoffe ein?** nein ja

- Falls ja, dann nennen Sie mir bitte die Mineralstoffe / Vitamine / Probiotika:

• **Sind bei Ihnen Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?** nein ja

- Falls ja, dann nennen Sie mir bitte die Wirksubstanz: _____



- **Haben Sie Allergien / Lebensmittelunverträglichkeiten?** nein ja

- Falls ja, dann nennen Sie mir bitte die Allergene / Lebensmittel:

- **Wann war Ihre letzte urologische Vorsorgeuntersuchung?** _____Jahr noch nie

Hatten Sie bereits eine PSA-Bestimmung? falls ja, dann wann und welcher Wert? _____

- **Achten Sie auf Ihre Ernährung, ernähren Sie sich bewußt?**

- nein ja, ausgeglichen
- ja, überwiegend Biokost ja, low carb ja, vegetarisch
- ja, vegan ja, _____

- **Trinken Sie mehr als 4-mal pro Woche Alkohol?** nein ja

- **Nehmen Sie Drogen?** nein ja, selten ja, regelmäßig

- **Rauchen Sie?** nein ja, 1-5 Zig./Tag ja, >5 Zig./Tag ja, _____

- **Sind Sie sportlich aktiv?** nein ja, gelegentlich ja regelmäßig, _____/Woche

- **Sind Sie im Alltag besonderen körperlichen Belastungen ausgesetzt?** nein ja

- **Sind in Ihrer engeren Familie (Geschwister, Eltern, Großeltern) eine der folgenden Erkrankungen bekannt oder aufgetreten?** nein ja

- Falls ja, dann bitte ankreuzen:

- Prostata - Ca Herzinfarkt /Schlaganfall
- Bluthochdruck erhöhte Blutfettwerte
- Diabetes mellitus Alzheimer Demenz
- Genetische Erkrankungen Sonstiges: _____

...und eine letzte Frage: Wie bzw. durch wen sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Empfehlung Freunde/ Bekannte Empfehlung des betreuenden Arztes: _____
- Internet /Webseite Sonstiges: _____

Berlin / Potsdam, den

Unterschrift Patient