



Vorname:	Name:		
Titel:	Geb. Dat.:		
Telefonnummern:	Privat:		
	Mobil:		
	Dienstlich:		
E-Mail-Adresse:			
Arbeitgeber:			
Beruf (bei Rentnern bitte ehemaliger Beruf):			
Hausarzt:	Größe:	(cm)	Gewicht: (kg)
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> sonst.:		
Allergien:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?:		
Freischaltung zur Online Terminvergabe erwünscht?: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Ist eine Erinnerung an Ihren Vorsorge-Termin erwünscht?: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?			
<input type="checkbox"/> über Homepage <input type="checkbox"/> Internetsuche <input type="checkbox"/> auf Empfehlung von			

1. Vorerkrankungen:

Organsystem	Erkrankung	Bitte ankreuzen	In welchem Jahr?
Nieren	Nierensteine	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Nierenbeckenentzündung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Harnblase	Blasenentzündung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Blasentumore	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Inkontinenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hoden	Hodenverdrehung (= Hodentorsion)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Nebenhodenentzündung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Hodenhochstand (Kindheit)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Prostata	Prostatavergrößerung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Prostataentzündung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bauchorgane	Magengeschwür	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Darmgeschwür	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Herz	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Herzkatheteruntersuchung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	falls ja: Stent Einlage?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Herzklappenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Lunge	Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Nervensystem	Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Depression	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Stoffwechsel / Gefäße	Zuckererkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	falls zuckerkrank: Insulinpflichtig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Harnsäurewerte, erhöht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Blutfetterhöhung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

BITTE WENDEN → → →



2. Bisherige Operationen

Organ	Bitte ankreuzen / ausfüllen	In welchem Jahr?
Prostataoperation („Ausschälung“ = TUR-P)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Prostata- Laser OP	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sterilisation d. Mannes (Vasektomie bds.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Beschneidung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Operation bei Hodenhochstand / Leistenhoden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Blinddarmentfernung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Gallenblasenentfernung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schilddrüsen - OP	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Darmspiegelung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Darmpolypenabtragung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Leistenbruch - OP	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	
Arthroskopische Knie - OP	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	
Künstliches Kniegelenk	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	
Künstliches Hüftgelenk	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	
Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls Bandscheibenvorfall: OP erfolgt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Herz: Bypass - OP	<input type="checkbox"/> ja (Anzahl =) <input type="checkbox"/> nein	
Herzklappenersatz - OP	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sonstige Operationen/ Unfälle/ Verletzungen:		

3. Krebserkrankungen (bösartige Tumore)

Organ	Operation	Bestrahlung	Chemotherapie	Datum

4. Besteht bei Ihnen eine Potenzschwäche? ja nein

5. Bestehen bei Ihnen

- Müdigkeit / Leistungsschwäche ja nein
- Schweißausbrüche ja nein
- Gewichtsverlust ja nein

Schweinfurt, den _____

Datum

Unterschrift