

Dr. med. Volker Brenneke  
 Greifswalder Str. 137  
 10409 Berlin

1.2.1 (1)

Name, Vorname: ..... Geb.-Datum: .....  
 Größe: ..... Gewicht: ..... Beruf: .....  
 Tel.: .....  
 E-Mail: ..... Familienstand: .....  
 Hausarzt: ..... Kinder: .....

- **Sind bei Ihnen Allergien bekannt?**       ja       nein

*Wenn ja, tragen Sie bitte die Medikamente / Stoffe ein, gegen die Sie allergisch sind*

.....

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

*Wenn ja, tragen Sie bitte die Medikamente ein oder geben Sie uns Ihren Medikamentenplan.*

.....

.....

- **Nehmen Sie „blutverdünnende“ Medikamente ein?**       ja       nein

*(z.B. Marcumar, ASS, Xarelto, Falithrom, Plavix, o.ä.) .....*

- **Sind bei Ihnen Operationen durchgeführt worden?**       ja       nein

*Wenn ja, tragen Sie bitte Art der Operation (auch nicht-urologische) und Jahreszahl ein.*

.....

.....

- **Haben (oder hatten) Sie eine der folgenden Erkrankungen?**

Diabetes (Zuckererkrankung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzbeschwerden / Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Magenbeschwerden (Sodbrennen, Magengeschwüre)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hypertonus (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Thrombosen oder Embolien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rücken- oder Bandscheibenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
HIV	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

- Sind in Ihrer Familie gehäuft Krebserkrankungen aufgetreten?  ja  nein

- Wurde bei Ihnen jemals eine Dickdarmspiegelung (Koloskopie) durchgeführt?

ja  nein

(Wenn ja, wann zuletzt?) .....

- Raucher?  ja  nein

(Wenn ja, wie viel rauchen Sie pro Tag?)

..... Zig. / Tag

- ehemaliger Raucher?  ja  nein

(Wenn ja, wann haben Sie aufgehört?)

.....

- Dürfen wir Ihre Befunde an den Hausarzt oder Überweisungsarzt weitergeben?

ja  nein

- Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Überweisung Hausarzt  Empfehlung  Internet  sonstiges

---

Bitte nennen Sie Ihren Besuchsgrund: \_\_\_\_\_

---

Datum

---

Unterschrift

**Vielen Dank für Ihre Mühe, Ihr Praxisteam**