



MARTINI-KLINIK



Zur Vorbereitung Ihrer Behandlung

## Persönliche Daten und Anamnese



# Ihre medizinisch relevanten Informationen für die OP-Vorbereitung

## Sehr geehrter Patient,

Sie werden demnächst in unserer Klinik behandelt. Dieser Fragebogen dient der Erfassung Ihrer speziellen Krankheitsgeschichte. Dadurch wird es uns erleichtert, ein umfassendes Bild Ihrer Beschwerden zu erlangen und auch Erkrankungen aus dem nicht urologischen Bereich sorgfältig zu erfassen.

Wir bitten Sie bereits im Vorfeld der Behandlung um sorgfältige Beantwortung dieses Fragebogens. Selbstverständlich erfolgen ein ärztliches und pflegerisches Aufnahme- und Aufklärungsgespräch sowie eine genaue Untersuchung. So haben Sie die Gelegenheit, ohne Zeitdruck alle wichtigen Fragen zu überdenken.

## Persönliche Daten

---

Name

---

Geburtsdatum

Größe / Gewicht

Sind Sie berentet?  ja  nein

---

Beruf

---

PLZ / Wohnort

Straße

---

Telefon (privat/beruflich)

Mobil

---

E-Mail Adresse

---

Angehöriger / Ansprechpartner  
während Ihres Aufenthalts in der Martini-Klinik

Mobilnummer des Angehörigen / Ansprechpartners  
während Ihres Aufenthalts in der Martini-Klinik

## Allgemeine Informationen

---

Ihr Urologe

---

Hausarzt/ Häusliche Versorgung

---

Weitere behandelnde Ärzte

**Halten Sie eine Diät ein?**  ja, wenn ja, welche?  nein  
 \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

**Versorgen Sie sich selbst?**  ja  nein  
 Ich benötige Hilfe bei  
 Essen/Trinken  Waschen/Körperpflege  
 Ankleiden  Toilette

**Tragen Sie ein Hörgerät?**  ja  nein

**Tragen Sie Kontaktlinsen oder eine Brille?**  ja  nein

**Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz?**  ja  nein

**Benötigen Sie eine Gehhilfe?**  ja  nein

**Treiben Sie regelmäßig Sport?**  ja  nein

**Sind oder waren Sie beruflich Schadstoffen ausgesetzt?**  ja  nein  
 Wenn ja, welchen?  
 -----

**Trinken Sie regelmäßig Alkohol?**  ja, Menge \_\_\_\_\_  pro Tag /  pro Woche  nein  
 Wenn ja, welchen?  
 -----

**Sind Sie Raucher?**  
 ja, seit \_\_\_\_ Jahren, \_\_\_\_ Zigaretten pro Tag  
 nein, ich habe noch nie geraucht  
 nein, ich rauche seit \_\_\_\_ Jahren nicht mehr

**Besteht anderweitiger regelmäßiger Suchtmittelkonsum?**  ja, wenn ja, welcher?  nein  
 -----



## Medikamente

### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja  nein

Medikament / Dosierung	morgens	mittags	abends	zur Nacht
z.B. Simvastatin 20mg			x	

### Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein?

(z. B. Aspirin, ASS, Clopidogrel, Eliquis, Heparin, Lixiana, Marcumar, Plavix, Pradaxa, Xarelto)

ja  nein

Wenn ja, haben Sie diese pausiert?

---

Nehmen Sie Kortisonpräparate?  ja  nein

Nehmen Sie regelmäßig Schlafmittel?  ja  nein

Nehmen Sie regelmäßig Abführmittel?  ja  nein

## Allergien / Infektionskrankheiten

### Sind Allergien bekannt?

ja, seit \_\_\_\_\_  nein

Folgende Allergien:

---

Welche Reaktionen sind auf die Allergien aufgetreten?

---

## Krankenhauskeime Risikoprofil

Wir brauchen Ihre Mithilfe, um Sie und andere Patienten zu schützen. Bestimmt haben Sie schon von multiresistenten Keimen, wie Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) oder multiresistenten gramnegativen Bakterien (MRGN) gehört. Vielleicht sind Sie sogar unbewusst Träger eines solchen Keimes. Bei gesunden Menschen ungefährlich, in Wunden oder bei immungeschwächten Menschen können diese jedoch zu ernststen Infektionen führen.

Wurde bei Ihnen schon einmal ein MRSA festgestellt?

ja  nein

Hatten Sie Kontakt zu einer Person, bei der ein MRSA festgestellt wurde?

ja  nein

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten einen länger als drei tägigen Krankenhausaufenthalt?

ja  nein

Haben Sie beruflich Kontakt mit Nutztieren aus der Landwirtschaft?

ja  nein

Sind Sie Dialysepatient?

ja  nein

Haben Sie chronische Wunden?

ja  nein

Sind Sie chronisch pflegebedürftig und hatten eine Antibiotikatherapie in den letzten 6 Monaten und/ oder einen liegenden Katheter?

ja  nein

Wenn Sie eine der Fragen mit **ja** beantwortet haben, bitten wir Sie bei Ihrem Hausarzt ein Abstrich aus der Nase/Rachen und ggf. aus offenen Wunden machen zu lassen und uns die Ergebnisse so früh wie möglich, spätestens aber bis zwei Wochen vor der geplanten Aufnahme, zukommen zu lassen.

Wurde bei Ihnen schon einmal ein MRGN festgestellt?

ja  nein

Hatten Sie Kontakt zu einer Person, bei der ein MRGN festgestellt wurde?

ja  nein

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten einen Krankenhausaufenthalt außerhalb von Deutschlands?

ja  nein

Wenn Sie eine der Fragen mit **ja** beantwortet haben, bitten wir Sie bei Ihrem Hausarzt ein Abstrich aus dem Mund-Rachen-Raum und dem Analbereich machen zu lassen sowie ggf. aus offenen Wunden und uns die Ergebnisse so früh wie möglich, spätestens aber bis zwei Wochen vor der geplanten Aufnahme, zukommen zu lassen.

## Kardiologisches Risikoprofil

### 1 Haben Sie eine Herzerkrankung

(Bluthochdruck, KHK / Herzkranzgefäßverkalkung, Herzklappenfehler, Herzrhythmusstörungen)

ja  nein

### 2 Interventionen am Herzen

Bypass-OP

ja  nein

Herzkatheter/Stent

ja  nein

### 3 Brustschmerzen / Luftnot

beim Treppensteigen 2. bis 3. Stock?

ja  nein

Wenn Sie eine dieser Fragen mit **ja** beantwortet haben:

Ist der letzte kardiologische

Befund älter als sechs Monate?

ja  nein

**Falls ja, ist eine erneute Abklärung mit Belastungs-EKG und Herzecho notwendig.**

Achtung: Bei beschichteten Stents ist eine Operation erst nach sechs bis zwölf Monaten möglich.

Doppelantikoagulation mit ASS + Plavix für 6 - 12

Monate nötig. Näheres muss mit dem behandelnden Kardiologen abgesprochen werden.

**Besteht bzw. bestand eine der folgenden Infektionskrankheiten:**

Hepatitis B

ja  nein

Hepatitis C

ja  nein

HIV (AIDS)

ja  nein

Tuberkulose

ja  nein

## Vorerkrankungen

Haben Sie schon einmal

eine Bluttransfusion erhalten?

ja  nein

Leiden Sie unter einer der folgenden Krankheiten oder einem der folgenden Symptome (Krankheitszeichen)?

### [1.] Herzerkrankungen

Herzrhythmusstörungen

ja  nein

Herzmuskel- oder -klappenentzündung

ja  nein

Herzinfarkt

ja  nein

Herzklappenfehler

ja  nein

Herzinsuffizienz (Herzschwäche)

ja  nein

Beinödeme (Wasser in den Beinen)

ja  nein

Luftnot

ja  nein

Hoher Blutdruck

ja  nein

Herzkranzgefäßverkalkung (KHK)

ja  nein

Angina pectoris (anfallsweise Luftnot,

Brustschmerzen bei Belastung, Kälte usw.)

ja  nein

Sonstiges

---

### [2.] Kreislauf- und Gefäßerkrankungen

Thrombose

ja  nein

Embolie

ja  nein

Krampfadern

ja  nein

Schlaganfall

ja  nein

Durchblutungsstörungen

ja  nein

Sonstiges

---

### [3.] Atemwegs- und Lungenerkrankungen

Asthma

ja  nein

Chronische Bronchitis

ja  nein

Lungenemphysem

ja  nein

Husten oder Erkältung mit Fieber

ja  nein

Schlafapnoe-Syndrom

ja  nein

Schlafen Sie mit Maske?

ja  nein

Sonstiges

---



#### [4.] Lebererkrankungen

- |                    |                             |                               |
|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Fettleber          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leberzirrhose      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Erhöhte Leberwerte | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gallensteine       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Sonstiges \_\_\_\_\_

#### [5.] Verdauungstrakt

- |                                    |                             |                               |
|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Bauchspeicheldrüsenentzündung      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Morbus Crohn                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Colitis ulcerosa                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Magengeschwür                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Refluxkrankheit (saures Aufstoßen) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Magenschleimhautentzündung         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Darmpolypen                        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Divertikel                         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hämorrhoiden                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Neigung zur Verstopfung            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Übelkeit/Erbrechen                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blut im Stuhl                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Unbeabsichtigter Gewichtsverlust  ja  nein

Wenn ja, wie viel, wie schnell \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ kg/Monate

Sonstiges \_\_\_\_\_

#### [6.] Stoffwechselerkrankung

- |                           |                             |                               |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Zuckerkrankheit           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hohe Blutfettwerte        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüsenüberfunktion  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüsenunterfunktion | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Sonstiges \_\_\_\_\_

#### [7.] Augen

- |                             |                             |                               |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Netzhautablösung            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Grauer Star (Linsentrübung) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Grüner Star                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Sonstiges \_\_\_\_\_

#### [8.] Nerven- und Gemütererkrankungen

- |               |                             |                               |
|---------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Epilepsie     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Depression    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schizophrenie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Migräne       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Sonstiges \_\_\_\_\_

#### [9.] Skelett- oder Muskelerkrankungen

- |                             |                             |                               |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Knochen- oder Muskelschwund | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Knochenbrüche               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Verschleiß (Arthrose)       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rheuma                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bandscheibenvorfall         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
- ... er wurde  operativ / er wurde  konservativ behandelt

Sonstiges \_\_\_\_\_

#### [10.] Blut

- |                                     |                             |                               |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Mangel an roten Blutkörperchen      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mangel an weißen Blutkörperchen     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mangel an Blutplättchen             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blutgerinnungsstörung               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Aktueller Hämoglobin-Wert (Hb-Wert) | _____                       |                               |

Sonstiges \_\_\_\_\_

**[11.] Sonstige Erkrankungen und Gebrechen**

**(Nicht urologische) Voroperationen**

Sind Sie schon einmal operiert worden?  ja  nein

Datum	Operation	Klinik

**Urologische Vorerkrankungen / OPs / Klinikaufenthalte**

ja  nein

Datum	Operation	Klinik

**Onkologische Vorerkrankungen**

Datum Erstdiagnose / Krebsart (Lokalisation)  ja  nein

---



---

**[12.] Miktionsverhalten**

Schmerzen beim Wasserlassen  ja  nein

Häufiger Harndrang  ja  nein

Haben Sie Blut im Urin?  ja  nein

ja, seit \_\_\_\_\_.

Wie oft gehen Sie tagsüber: \_\_\_\_\_ mal  
zum Wasserlassen? nachts: \_\_\_\_\_ mal

Besteht eine Harnstrahlabschwächung?  ja  nein

ja, seit \_\_\_\_\_.

Leiden Sie unter unwillkürlichem Urinverlust?  ja  nein

Hatten Sie schon einmal eine Harnverhaltung?  ja  nein

Tragen Sie zurzeit einen Dauerkatheter?  ja  nein

Falls ja, lassen Sie bitte Ihren Urin zwei Wochen vor der Aufnahme von Ihrem Urologen auf Keime und Bakterien untersuchen, damit im Fall eines Harnwegsinfektes bereits eine antibiotische Therapie begonnen werden kann.

**[13.] PSA-Verlauf**

Falls bei Ihnen bereits in den letzten Jahren PSA-Werte bestimmt worden sind, dann tragen Sie diese PSA-Werte bitte chronologisch in die folgende Tabelle ein:

Datum	PSA	Datum	PSA

**[14.] Hormontherapie**

Wurde bei Ihnen bereits eine antihormonelle Therapie eingeleitet?  ja  nein

Wenn ja, seit wann, welches Medikament?

seit	Medikament

**[15.] Familienanamnese**

**Gibt oder gab es bei Blutsverwandten Krebserkrankungen?** (Großeltern, Mutter, Vater, Onkel, Tante, Geschwister, Kinder)

ja  nein

Bei wem	welcher Krebs/ erkrankt im Alter von

**Ist in Ihrer Familie jemals eine genetische Testung für das Vorliegen einer familiären Häufung von Prostata-, Eierstock- oder Brustkrebs erfolgt, bzw. war auffällig?**

ja  nein

Datum

Unterschrift

## Kontakt / Adresse

### Martini-Klinik am UKE

Martinistraße 52  
Gebäude Ost 46  
20246 Hamburg  
[www.martini-klinik.de](http://www.martini-klinik.de)

### Für Privatpatienten

☎ +49 (0)40 74 10-51300  
☎ +49 (0)40 74 10-51323  
✉ [info@martini-klinik.de](mailto:info@martini-klinik.de)

### Für gesetzlich versicherte Patienten

☎ +49 (0)40 7410-51337  
☎ +49 (0)40 7410-54404  
✉ [prostatasprechstunde@uke.de](mailto:prostatasprechstunde@uke.de)

