



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

Für Privatpatienten

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

Für gesetzlich versicherte Patienten

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

