



Zur Vorbereitung Ihres Eingriffs

Stand: Oktober 2023

Anamnese vor einer Biopsie

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Telefonnummer: _____ Krankenkasse: _____

Urologe: _____

Hatten Sie ein MRT der Prostata? ja nein

Wann? _____ Pi-Rads Einteilung 1-5: _____

Allergien (z.B. Latex, Medikamente, etc.): _____

Weitere Erkrankungen

- Bluthochdruck ja
- Herzerkrankungen ja
- Diabetes Typ 1 ja
- Dialysepflichtig ja

Sonstige: _____

Operationen: _____

Nehmen Sie **Medikamente zur Blutverdünnung** ein? (z.B. Aspirin, ASS, Clopidogrel, Eliquis, Heparin, Lixiana, Marcumar, Plavix, Pradaxa, Xarelto) ja nein
wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie weitere **Medikamente** ein? ja nein
wenn ja, welche? _____

PSA-Verlauf (Bitte ausfüllen):

Datum (TT/MM/JJ)	PSA

Bisherige Biopsien

Wurde bei Ihnen schon einmal eine **Biopsie der Prostata** durchgeführt? Nein ja wenn ja,

Datum der Biopsie (TT/MM/JJ)	Ergebnis neg./ pos. (Gleason-Score)

Familienanamnese (Bitte in die Tabelle eintragen)

Ist in Ihrer Familie eine **familiäre Veranlagung**

für **Prostata-, Eierstock oder Brustkrebs** festgestellt worden?

ja nein

Gibt es **Darm- oder Bauchspeicheldrüsenkrebs** in der Familie?

ja nein

Wenn ja, bei wem	Welcher Krebs/ erkrankt im Alter von

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine **Entzündung** der Prostata (Prostatitis) oder einen Harnwegsinfekt?

ja nein

Tragen Sie einen **Blasenkatheter**?

ja nein

Wenn Sie eine dieser Fragen mit ja beantwortet haben, lassen Sie bitte eine Urinkultur beim Hausarzt/Urologen machen.

ja

Bitte senden Sie uns die original unterschriebenen Verträge, die ausgefüllte Anamnese und alle Befunde zu. Der Befund der Urinkultur kann gerne an uns gefaxt werden.

Achtung: Erst nach Erhalt der vollständigen Unterlagen wird ein Termin zur Biopsie vereinbart.

Datum: _____

Unterschrift: _____