

Zur Vorbereitung Ihres Eingriffs

# Anamnese vor einer Biopsie

Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Allergien gegen:  Latex  
 Medikamente (z.B. Ciprofloxacin, Scandicain): \_\_\_\_\_

Weitere Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzerkrankungen, etc.): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Operationen: \_\_\_\_\_

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

nein ja  wenn ja, welches? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie weitere **Medikamente** ein?

nein ja  wenn ja, welches? \_\_\_\_\_

## Familienanamnese

Ist in Ihrer Familie eine **familiäre Veranlagung für Prostata-, Eierstock oder Brustkrebs** festgestellt worden?

nein ja  wenn ja, wofür? \_\_\_\_\_

Oder gab es bei Blutsverwandten **Krebserkrankungen**? (Großeltern, Eltern, Onkel, Tante, Geschwister, Kinder)

nein ja

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

PSA-Verlauf:

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 (pos/ neg)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Krankenhauskeime Risikoprofil

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die multiresistenten Keime Methicillinresistente Staphylococcus aureus (MRSA) und multiresistente gramnegative Bakterien (MRGN), die im Volksmund bekannten „Krankenhauskeime“.

### Zu Ihrer eigenen Sicherheit:

Wurde bei Ihnen schon einmal ein **MRSA oder MRGN** festgestellt?  MRSA  MRGN  nein

Hatten Sie Kontakt zu einer Person, bei der ein **MRSA oder MRGN** festgestellt wurde?  MRSA  MRGN  nein

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten einen **Krankenhausaufenthalt** länger als drei Tage?  ja  nein  
Außerhalb von Deutschland?  ja  nein

**Leben Sie im Ausland** (Südeuropa, England oder außereuropäisch)?  ja  nein

Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine Reise außerhalb Europas (ausgenommen USA) unternommen?  ja  nein

Haben Sie beruflich Kontakt mit **Nutztieren** aus der Landwirtschaft?  ja  nein

Sind Sie **Dialysepatient**?  ja  nein

Tragen Sie einen Blasenkatheter?  ja  nein

Sind Sie an einem **Diabetes mellitus Typ 1** erkrankt?  ja  nein

Nehmen Sie Medikamente zur Unterdrückung des Immunsystems (**Immunsuppressiva**, z.B. Kortison, MTX (Methotrexat), etc.  ja  nein

Wurde bei Ihnen in den letzten 12 Monaten eine Biopsie der Prostata durchgeführt?  ja  nein

Wenn Sie eine dieser Fragen mit ja beantwortet haben,  lassen bitte Sie einen **Analabstrich** beim Hausarzt/Urologen machen und schicken den Befund mit.

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

Wenn Sie diese Frage mit ja beantwortet haben,  lassen Sie bitte eine **Urinkultur** beim Hausarzt/Urologen machen und schicken den Befund mit.

Bitte senden Sie uns die original unterschriebenen Verträge, die ausgefüllte Anamnese und alle Befunde bis spätestens eine Woche vor der geplanten Biopsie zu.

**Achtung:** Bei fehlenden Unterlagen wird die Biopsie in der Regel verschoben.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_