



Zur Vorbereitung

Persönliche Daten und Anamnese

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

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?

ja nein

ja nein

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 täglichen 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/ dem Rachen oder 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 offenen Wunden, dem Mund-Rachen-Raum und dem Anal- und Leistenbereich machen zu lassen 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 ja nein
 Leberzirrhose ja nein
 Erhöhte Leberwerte ja nein
 Gallensteine ja nein

Sonstiges _____

[5.] Verdauungstrakt

- Bauchspeicheldrüsenentzündung ja nein
 Morbus Crohn ja nein
 Colitis ulcerosa ja nein
 Magengeschwür ja nein
 Refluxkrankheit (saures Aufstoßen) ja nein
 Magenschleimhautentzündung ja nein
 Darmpolypen ja nein
 Divertikel ja nein
 Hämorrhoiden ja nein
 Neigung zur Verstopfung ja nein
 Übelkeit/Erbrechen ja nein
 Blut im Stuhl ja nein

Unbeabsichtigter Gewichtsverlust ja nein

Wenn ja, wie viel, wie schnell _____ / _____ kg/Monate

Sonstiges _____

[6.] Stoffwechselerkrankung

- Zuckerkrankheit ja nein
 Hohe Blutfettwerte ja nein
 Schilddrüsenüberfunktion ja nein
 Schilddrüsenunterfunktion ja nein

Sonstiges _____

[7.] Augen

- Netzhautablösung ja nein
 Grauer Star (Linsentrübung) ja nein
 Grüner Star ja nein

Sonstiges _____

[8.] Nerven- und Gemütererkrankungen

- Epilepsie ja nein
 Depression ja nein
 Schizophrenie ja nein
 Migräne ja nein

Sonstiges _____

[9.] Skelett- oder Muskelerkrankungen

- Knochen- oder Muskelschwund ja nein
 Knochenbrüche ja nein
 Verschleiß (Arthrose) ja nein
 Rheuma ja nein
 Bandscheibenvorfall ja nein
 ... er wurde operativ / er wurde konservativ behandelt

Sonstiges _____

[10.] Blut

- Mangel an roten Blutkörperchen ja nein
 Mangel an weißen Blutkörperchen ja nein
 Mangel an Blutplättchen ja nein
 Blutgerinnungsstörung ja 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

[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 Sie einen Katheter tragen, denken Sie bitte daran Ihren Urin zwei Wochen vor der Aufnahme von ihrem Urologen auf Keime und Bakterien untersuchen zu lassen, 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

Martinstraße 52
Gebäude Ost 46
20246 Hamburg
www.martini-klinik.de

Für Privatpatienten

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

Für gesetzlich versicherte Patienten

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

