



MARTINI-KLINIK



Zur Vorbereitung Ihrer Behandlung

Daten und Anamnese



Onkologische
Spitzenmedizin im
UCC HAMBURG

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf



Persönliche Daten

Sehr geehrter Patient,

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

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

Eine große Bitte: Achten Sie auf gut leserliche Schrift.

Name

Geburtsdatum

Größe / Gewicht

Sind Sie im Ruhestand? ☐ ja ☐ nein

Beruf

Straße

PLZ / Wohnort

Telefon privat

ggf. beruflich

Mobil

E-Mail Adresse (idealerweise eine private E-Mail-Adresse)

Versicherung

Versicherungsnummer

Angehörige / Ansprechpartner:in
während Ihres Aufenthalts in der Martini-Klinik

Mobilnummer der Angehörigen / Ansprechpartner:in
während Ihres Aufenthalts in der Martini-Klinik

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir manchmal nur die männliche Sprachform.
Sämtliche Personenbezeichnungen gelten aber stets für alle Geschlechter.

Allgemeine Informationen

Ihre urologische Praxis

Ihre hausärztliche Praxis

Weitere behandelnde Ärzt:innen

Halten Sie eine Diät ein? ☐ ja ☐ nein

wenn **ja**, welche? _____

_____ seit _____

**Sind oder waren Sie beruflich
Schadstoffen ausgesetzt?** ☐ ja ☐ nein

Wenn **ja**, welchen? _____

Versorgen Sie sich selbst? ☐ ja ☐ nein

Wenn **nein**, benötigen Sie Hilfe beim:

☐ Essen/Trinken ☐ Ankleiden

☐ Waschen/Körperpflege ☐ Toilette

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

☐ **ja**, Menge _____ ☐ pro Tag / ☐ pro Woche

☐ nein

Wenn **ja**, welchen? _____

Tragen Sie ein Hörgerät? ☐ ja ☐ nein

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

**Tragen Sie herausnehmbaren
Zahnersatz?** ☐ ja ☐ nein

Sind Sie mobil eingeschränkt? ☐ ja ☐ nein

Wenn **ja**, benötigen Sie Hilfsmittel?

☐ Gehhilfe, Rollator ☐ Rollstuhl

Treiben Sie regelmäßig Sport? ☐ ja ☐ nein

Sind Sie Raucher?

☐ ja, seit _____ Jahren, _____ Zigaretten pro Tag

☐ nein, nie

☐ ich rauche seit _____ Jahren nicht mehr

Besteht anderweitiger regelmäßiger

Suchtmittelkonsum? ☐ ja ☐ nein

Wenn **ja**, welcher? _____

Anamnese

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ ja ☐ nein

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

Bei regelmäßiger Einnahme von mehr als drei Medikamenten, bitte den bundeseinheitlichen Medikationsplan (BMP) beilegen (erhältlich beim Hausarzt).

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein?

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

☐ ja ☐ nein

Wenn Sie Aspirin (ASS) nehmen, geben Sie bitte die Dosierung an _____ mg

Nehmen Sie:

Kortisonpräparate ☐ ja ☐ nein

regelmäßig Schlafmittel ☐ ja ☐ nein

regelmäßig Abführmittel ☐ ja ☐ nein

Vorerkrankungen

[1] Haben/hatten Sie eine der folgenden Infektionskrankheit?

Hepatitis B ☐ ja ☐ nein

Hepatitis C ☐ ja ☐ nein

HIV (AIDS) ☐ ja ☐ nein

Tuberkulose ☐ ja ☐ nein

Befund älter als sechs Monate? ☐ ja ☐ nein

[2] Haben Sie schon einmal eine Bluttransfusion erhalten? ☐ ja ☐ nein

Kardiologisches Risikoprofil

1. Herzerkrankungen

Herzrhythmusstörungen ☐ ja ☐ nein

Herzinfarkt ☐ ja ☐ nein

Herzkranzgefäßverkalkung (KHK) ☐ ja ☐ nein

Herzklappenfehler ☐ ja ☐ nein

Herzmuskel- oder
-klappenentzündung ☐ ja ☐ nein

Herzinsuffizienz (Herzschwäche) ☐ ja ☐ nein

Angina pectoris (anfallsweise) ☐ ja ☐ nein

2. Interventionen am Herzen

Bypass-OP ☐ ja ☐ nein

Herzkatheter/Stent(*) ☐ ja ☐ nein

3. Herzschwäche

Luftnot, Brustschmerzen

bei Belastung (z. B. mehrere

Treppen steigen), Kälte? ☐ ja ☐ nein

Beinödeme (Wasser in den Beinen) ☐ ja ☐ nein

Sonstiges ☐ 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 sechs bis zwölf Monate nach der Stent-Implantation möglich. Sprechen Sie hierzu bitte mit Ihrer Kardiologin bzw. Ihrem Kardiologen.

Krankenhauskeime Risikoprofil

Es geht um multiresistente Keime (Bakterien und Pilze): **MRSA** (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus), **4MRGN** (multiresistente gramnegative Bakterien) und **Candida auris** (Hefepilz).

Es ist wichtig zu erfahren, ob Sie – wissentlich oder unwissentlich – Träger eines solchen Keimes sind. Bei gesunden Menschen sind sie ungefährlich, in Wunden oder bei immungeschwächten Menschen können diese jedoch zu ernststen Infektionen führen.

Wurde bei Ihnen schon einmal ein 4MRGN Keim oder ein Candida auris Pilz festgestellt?

☐ 4MRGN ☐ Candida auris ☐ nein

Hatten Sie wissentlich Kontakt zu einer Person, bei der ein Pilz oder Keim festgestellt wurde?

☐ 4MRGN ☐ Candida auris ☐ nein

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten einen Klinikaufenthalt außerhalb Deutschlands

☐ ja ☐ nein

Haben Sie alle Fragen verneint? Wenn nicht:

bitte in Ihrer Hausarztpraxis jeweils einen **Abstrich aus dem Mund-Rachen-Raum, dem Analbereich und ggf. aus dem Urin und aus offenen Wunden** machen lassen.

Die Ergebnisse brauchen wir so früh wie möglich, spätestens aber zwei Wochen vor der geplanten Aufnahme!

Wurde bei Ihnen schon

einmal ein MRSA festgestellt? ☐ ja ☐ nein

Hatten Sie wissentlich Kontakt zu einer Person mit einem MRSA-Keim? ☐ ja ☐ nein

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten einen länger als dreitägigen 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 pflegebedürftig und/oder hatten Sie eine Antibiotikatherapie in den letzten 6 Monaten und/oder einen liegenden Katheter? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie alle Fragen verneint? Wenn nicht:

bitte in Ihrer Hausarztpraxis jeweils einen **Abstrich aus Nase/Rachen und ggf. aus offenen Wunden** machen lassen.

Die Ergebnisse brauchen wir so früh wie möglich, spätestens aber zwei Wochen vor der geplanten Aufnahme!

[3] Sind Allergien bekannt?

☐ ja ☐ nein

Allergie	seit	Reaktionen

Haben Sie einen Allergiepass? Bitte bringen Sie diesen zur Aufnahme mit.

[4] Kreislauf- und Gefäßerkrankungen

Thrombose ☐ ja ☐ nein
 Embolie ☐ ja ☐ nein
 Krampfadern ☐ ja ☐ nein
 Schlaganfall ☐ ja ☐ nein
 Durchblutungsstörungen ☐ ja ☐ nein
 Bluthochdruck ☐ ja ☐ nein

Sonstiges _____

[5] 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 _____

[6] Lebererkrankungen

Fettleber ☐ ja ☐ nein
 Leberzirrhose ☐ ja ☐ nein
 Erhöhte Leberwerte ☐ ja ☐ nein
 Gallensteine ☐ ja ☐ nein

Sonstiges _____

[7] 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 _____

[8] Stoffwechselerkrankung

Diabetes (Zuckerkrankheit) ☐ ja ☐ nein
 Hohe Blutfettwerte ☐ ja ☐ nein
 Schilddrüsenüberfunktion ☐ ja ☐ nein
 Schilddrüsenunterfunktion ☐ ja ☐ nein

Sonstiges _____

[9] Augen

Netzhautablösung ☐ ja ☐ nein
 Grauer Star (Linsentrübung) ☐ ja ☐ nein
 Grüner Star (Glaukom) ☐ ja ☐ nein

Sonstiges _____

[10] Nerven- und Gemütskrankungen

Epilepsie ☐ ja ☐ nein
 Depression ☐ ja ☐ nein
 Schizophrenie ☐ ja ☐ nein
 Migräne ☐ ja ☐ nein

Sonstiges _____

[11] Skelett- oder Muskelerkrankungen

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

Sonstiges _____

[12] 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 _____

[13] Urin und BlasenentleerungSchmerzen beim Wasserlassen ☐ ja ☐ neinHäufiger Harndrang ☐ ja ☐ neinHaben Sie Blut im Urin? ☐ ja ☐ nein☐ ja, seit _____

Wie oft gehen Sie zum Wasserlassen?

tagsüber: _____ mal nachts: _____ mal

Besteht eine Harnstrahlabschwächung?

☐ ja, seit _____ ☐ neinLeiden Sie unter unwillkürlichem Urinverlust? ☐ ja ☐ neinHatten Sie schon einmal eine Harnverhaltung? ☐ ja ☐ neinTragen 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.

[14] Urologische Vorerkrankungen

Datum	Klinik

Sind Sie Dialysepflichtig? ☐ ja ☐ nein**[15] Urologische Operationen, andere Operationen und Klinikaufenthalte**

Datum	Operation	Klinik

**Bitte hier unterschreiben!****[16] Weitere Krebserkrankungen**

Datum Diagnose / welcher Krebs (Lokalisation)

**[17] Verlauf Ihrer Prostatakreberkrankung
PSA-Verlauf**

Bitte tragen Sie die PSA-Werte der letzten Jahre chronologisch in die folgende Tabelle ein:

Datum	PSA	Datum	PSA

HormontherapieWurde bei Ihnen bereits eine antihormonelle Therapie eingeleitet? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, seit wann, welches Medikament?

seit	Medikament	Dosierung?

[18] Familienanamnese**Gibt oder gab es in Ihrer Familie Krebserkrankungen?**(Blutsverwandte Großeltern, Mutter, Vater, Onkel, Tanten, 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

Martini-Klinik

Prostatakrebszentrum

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Martinistraße 52

Gebäude Ost 40

20246 Hamburg

Kontakt für privat Versicherte

☎ +49 (0) 40 7410 -28672

☎ +49 (0) 40 7410 -40245

mk-diagnostik@uke.de

Kontakt für gesetzlich Versicherte und privat Zusatzversicherte

☎ +49 (0) 40 7410 -51337

☎ +49 (0) 40 7410 -54404

pca-ambulanz@uke.de

Stand: Juli 2025

www.martini-klinik.de

