



Zur Vorbereitung Ihres Eingriffs

Stand: Juli 2021

Anamnese vor einer Biopsie

Nachname: _____ Vorname: _____

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

Telefonnummer: _____ Krankenkasse: _____

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

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) ja nein
wenn ja, welche? _____

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

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

PSA-Verlauf (Bitte ausfüllen):

Datum (TT/MM/JJ)	PSA	ggf. freier 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)

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 **Blasenkatheeter**? 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 Sie bitte einen **Analabstrich** beim Hausarzt/Urologen machen und schicken den Befund mit. ja, wird gemacht

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. ja, wird gemacht

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: _____