

Check-Fragebogen Urologie

Wie häufig gehen Sie tagsüber in etwa zum Wasserlassen (grob geschätzt): _____
(z.B. 4-6x)

Wie häufig müssen Sie nachts aufstehen zum Wasserlassen (grob geschätzt): _____
(z.B. 0-1x)

Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Schmerzen beim Wasserlassen: ja nein

Hatten Sie in den letzten 3 Monaten roten (blutigen) Urin ?
(Ohne dass z.B. eine Operation oder eine Blasenspiegelung voranging): ja nein

Mussten Sie in den letzten 4 Wochen Pressen / sich anstrengen, um Wasser zu lassen?
 ja nein

Hatten Sie in den letzten 4 Wochen das Gefühl, die Blase ist nach dem Wasserlassen
noch nicht ganz entleert? ja nein

Ist der Harnstrahl Ihrer Einschätzung nach
 kräftig etwas abgeschwächt sehr schwach

Haben Sie in den letzten 3 Monaten ungewollt Urin verloren
 nein, kein ungewollter Urinverlust
 ja, bei körperlicher Anstrengung (z.B. Huste, Aufstehen, Pressen, Niesen, Heben)
 ja, mit plötzlichem Harndrang, sodass ich nicht rechtzeitig eine Toilette aufsuchen konnte

Sind in der Familie gehäuft Krebserkrankungen aufgetreten (d.h. mehr als ein Fall)
 Keine Prostatakrebs Blasenkrebs Nierenkrebs Brustkrebs

Für Männer: Kennen Sie Ihren letzten PSA Wert („Krebsvorsorge- oder Nachsorge-Wert“)
 nein ja, Wert: _____ im Monat _____ Jahr _____

Hatten Sie bereits relevante urologische Erkrankungen nein ja
(Nierensteine, urologische Krebserkrankung, urologische Operationen anderer Art, etc.)

Haben oder hatten Sie über längere Zeit beruflich mit Chemikalien zutun? nein ja

Rauchen Sie?
 nein ja Wenn ja, wie viele Jahre _____, wie viel Schachteln / Tag _____

Anzahl der leiblichen Kinder _____. Besteht ein unerfüllter Kinderwunsch? nein ja

Bestehen sonstige Beschwerden aus dem urologischen Kreis, welche Sie besprechen möchten?
 nein Sexualität andere: _____

Datum

Patient

Fachbereich Urologie

12/2017, Dr. Domeyer