Urologische Gemeinschaftspraxis Dres. Remmert & Deuchert

Fachärzte für Urologie und medikamentöse Tumortherapie

Gemündener Str. 15 – 17
97753 Karlstadt

Tel.: 09353 – 35 91
Fax: 09353 – 35 92

www.urologie-karlstadt.de

Patientenfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen so genau wie möglich aus. Sie erleichtern und beschleunigen hiermit das Anamnesegespräch.

Die **Seiten 4 und 5** sollten **nur von Männern** ausgefüllt werden.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____ Hausarzt: _____

Krankenversicherung: _____ ☐ Gesetzlich ☐ Privat versichert

Haben Sie aktuell Beschwerden? (nur beantworten, wenn Sie möchten)
Ja ☐ welche? _____ Nein ☐

Waren Sie oder sind Sie wegen Krankheiten unter ärztlicher Kontrolle?
Ja ☐ welche? _____ Nein ☐

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?
Ja ☐ welche? _____ Nein ☐

Haben Sie Allergien (z.B. Medikamente, Jod, Röntgenkontrastmittel, etc.)?
Ja ☐ welche? _____ Nein ☐

Leiden Sie unter folgenden Krankheiten

Bluthochdruck	Ja ☐	Nein ☐
Diabetes mellitus	Ja ☐	Nein ☐
Erhöhter Augeninnendruck (Glaukom/Grüner Star)	Ja ☐	Nein ☐

Sind Sie schon einmal operiert worden?
Ja ☐ welche Operation(en)? _____ Nein ☐

Sind Krebserkrankungen in der Familie bekannt?
Ja ☐ welche? /wer? _____ Nein ☐

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?

Hausarzt ☐ auf Empfehlung ☐ Internet ☐ andere ☐

1. Fragen zum Wasserlassen:

Ich bin mit dem Wasserlassen ☐ zufrieden ☐ weitestgehend zufrieden ☐ unzufrieden
Wie oft müssen Sie **durchschnittlich am Tage** Wasserlassen? _____ -mal
Wie oft müssen Sie **durchschnittlich nachts** Wasserlassen? _____ -mal
Wie viel Flüssigkeit (in Litern) trinken Sie **durchschnittlich pro Tag**? _____ Liter

Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen? ☐ Ja, seit_____ ☐ Nein
Schmerzen beim Wasserlassen? ☐ Ja, seit_____ ☐ Nein
Brennen beim Wasserlassen? ☐ Ja, seit_____ ☐ Nein
Rötlich verfärbter/blutiger Urin? ☐ Ja, seit_____ ☐ Nein
Ungewöhnlich riechender Urin? ☐ Ja, seit_____ ☐ Nein

Der **Beginn des Wasserlassens** ist ☐ prompt ☐ verzögert
Der **Harnstrahl** ist ☐ kräftig ☐ leicht abgeschwächt ☐ stark abgeschwächt
Müssen Sie **Drücken oder Pressen beim Wasserlassen**? ☐ Ja ☐ Nein
Das die **Dauer des Wasserlassens** ist ☐ normal ☐ verlängert

Haben Sie nach dem Wasserlassen das Gefühl, dass die **Blase leer** ist?
☐ Ja ☐ Nein, ich kann kurze Zeit später wieder auf Toilette gehen.
Nehmen Sie **Medikamente ein, die das Wasserlassen verbessern** sollen?
☐ Ja, seit_____ (welches Medikament?) ☐ Nein

Kennen Sie **überfallsartigen, kaum unterdrückbaren Harndrang**?
☐ nie ☐ selten ☐ gelegentlich ☐ häufig ☐ immer

Verlieren Sie ungewollt Urin? ☐ Ja, seit_____ ☐ Nein
Urinverlust beim ☐ Husten/Niesen ☐ Heben ☐ Bücken ☐ Laufen ☐ Liegen

Es kommt zum Urinverlust, weil der Harndrang zu stark ist und ich es nicht rechtzeitig auf die Toilette schaffe. ☐ Ja, seit_____ ☐ Nein

Ich benötige **tagsüber** ☐ keine Vorlagen ☐ _____ Vorlagen, diese sind meist ☐ trocken ☐ feucht ☐ nass.

Ich benötige **nachts** ☐ keine Vorlagen ☐ _____ Vorlagen, diese sind meist ☐ trocken ☐ feucht ☐ nass.

Der ungewollte Urinverlust wurde ☐ bisher nicht behandelt ☐ medikamentös behandelt ☐ mit Beckenbodentraining behandelt ☐ operativ behandelt (welche OP/Wann?)

_____

Haben Sie jemals den **Abgang eines Nierensteins oder Griesabgang** bemerkt?
☐ Ja, zuletzt_____ ☐ Nein

Wurden bei Ihnen bereits **Nieren-/Harnleitersteine/Blasensteine behandelt**?
☐ Ja, zuletzt_____ ☐ Nein

Sind in Ihrer **Familie Nierensteine/Harnleitersteine/Blasensteine bekannt**?
☐ Ja, bei_____ ☐ Nein

2. Fragen zum Allgemeinbefinden:

Mein **Appetit** ist ☐ gut ☐ reduziert, seit _____
Der **Stuhlgang** ist ☐ normal ☐ zu fest ☐ zu weich
☐ zu häufig ☐ zu selten ☐ Blutauflagerungen auf dem Stuhl
Abführmittel ☐ Ja ☐ Nein

Köpergröße in cm: _____
Körpergewicht in kg: _____
☐ Dies ist mein **konstantes Normalgewicht**.
☐ **ungewollte** Gewichts**ab**nahme von _____ kg in den letzten _____ (Wochen/Monate)
☐ **bewusste** Gewichts**ab**nahme von _____ kg in den letzten _____ (Wochen/Monate)
☐ Gewichts**zu**nahme von _____ kg in den letzten _____ (Wochen/Monate)

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?
☐ nie ☐ gelegentlich ☐ täglich _____ (z. B. 1 Bier/Tag)

Rauchen Sie (z.B. Zigaretten/Zigarre/Pfeife)**?**
☐ Ich habe nie geraucht.
☐ Ich habe bis _____ über ca. _____ Jahre ca. _____ täglich geraucht.
☐ Ich rauche gelegentlich _____
☐ Ich rauche täglich _____ seit _____.

3. Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
☐ Nein
☐ Ja, aber die Medikation hat sich **seit meiner letzten Vorstellung in dieser Praxis nicht verändert.**
☐ Ja, folgende Medikamente haben sich geändert / ich nehme folgende Medikamente ein:

Nehmen Sie wegen einer Zuckererkrankung **Metformin-haltige** (z.B. Metformin / Glucophage / Siofor / Janumet / Velmetia / Eucreas) ein?

*Diese müssen **48 Stunden vor einer Vollnarkose** oder **vor einer Röntgenuntersuchung mit Kontrastmittel** pausiert werden.*
☐ Nein
☐ Ja, aber das Medikament wurde seit _____ Tagen pausiert.
☐ Ja, ich nehme _____ weiterhin ein.

Männer sollten noch die folgende Seite 4 sowie bei entsprechender Problematik auch die Seite 5 ausfüllen.

_____ _____
Datum Unterschrift Patientin / Patient

IPSS-Fragebogen (International Prostate Symptome Score)

DR. MED. REMMERT
DR. MED. DEUCHERT

Name, Vorname

Geburtstdatum

Datum

Mit diesem Fragebogen werden das Vorhandensein bzw. die Ausprägung von typischen Symptomen, welche durch Prostataveränderungen zur Störung der Blasenentleerung führen, erfasst. Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf die letzten 4 Wochen. Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Antworten an. Sie geben Hinweise auf die Ausprägung der Beschwerden und ob eine Behandlungsbedürftigkeit vorliegt.

1 Wie oft hatten Sie das Gefühl, das Ihre Blase nach dem Wasserlassen nicht ganz geleert war?	☐ 0 niemals	☐ 3 ungefähr bei 50% aller Fälle
	☐ 1 seltener als in 1 von 5 Fällen	☐ 4 bei mehr als 50% aller Fälle
	☐ 2 seltener als bei 50% der Fälle	☐ 5 fast immer
2 Wie oft mussten Sie nach weniger als 2 Stunden ein zweites Mal Wasser lassen?	☐ 0 niemals	☐ 3 ungefähr bei 50% aller Fälle
	☐ 1 seltener als in 1 von 5 Fällen	☐ 4 bei mehr als 50% aller Fälle
	☐ 2 seltener als bei 50% der Fälle	☐ 5 fast immer
3 Wie oft mussten Sie beim Wasserlassen mehrmals aufhören und neu beginnen?	☐ 0 niemals	☐ 3 ungefähr bei 50% aller Fälle
	☐ 1 seltener als in 1 von 5 Fällen	☐ 4 bei mehr als 50% aller Fälle
	☐ 2 seltener als bei 50% der Fälle	☐ 5 fast immer
4 Wie oft hatten Sie Schwierigkeiten, dass Wasserlassen hinauszuzögern?	☐ 0 niemals	☐ 3 ungefähr bei 50% aller Fälle
	☐ 1 seltener als in 1 von 5 Fällen	☐ 4 bei mehr als 50% aller Fälle
	☐ 2 seltener als bei 50% der Fälle	☐ 5 fast immer
5 Wie oft hatten Sie einen schwachen Strahl beim Wasserlassen?	☐ 0 niemals	☐ 3 ungefähr bei 50% aller Fälle
	☐ 1 seltener als in 1 von 5 Fällen	☐ 4 bei mehr als 50% aller Fälle
	☐ 2 seltener als bei 50% der Fälle	☐ 5 fast immer
6 Wie oft mussten Sie pressen oder sich anstrengen, um mit dem Wasserlassen anzufangen?	☐ 0 niemals	☐ 3 ungefähr bei 50% aller Fälle
	☐ 1 seltener als in 1 von 5 Fällen	☐ 4 bei mehr als 50% aller Fälle
	☐ 2 seltener als bei 50% der Fälle	☐ 5 fast immer
7 Wie oft sind Sie nachts aufgestanden, um Wasser zu lassen?	☐ 0 niemals	☐ 3 dreimal
	☐ 1 einmal	☐ 4 viermal
	☐ 2 zweimal	☐ 5 fünfmal oder mehr

Auswertung: **Ergebnis:** 0

Gesamtpunktzahl	0 - 7	8 - 19	20 - 35
Stärke der Beschwerden des unteren Harntraktes	milde Symptomatik	mittlere Symptomatik	schwere Symptomatik

*IPSS-Fragebogen (Quelle: Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V.)

Lebensqualitätsskala **Wie würden Sie sich fühlen, wenn sich Ihre jetzigen Symptome beim Wasserlassen künftig nicht mehr ändern würden?**

ausgezeichnet	zufrieden	überwiegend zufrieden	teils, teils	überwiegend unzufrieden	unglücklich	sehr schlecht	**Summe**
☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	0

Sehr geehrter Patient,

sollte bei Ihnen eine Einschränkung der Potenz / Erektionsfähigkeit vorliegen, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen (IIEF-5) zur Erfassung der Qualität Ihrer Erektion auszufüllen.

Die Angaben beziehen sich auf den Zeitraum der **letzten 6 Monate**.

Wie schätzen Sie Ihre Zuversicht ein eine Erektion zu bekommen und aufrechterhalten zu können?

	☐ Sehr niedrig	☐ Niedrig	☐ Mittelmäßig	☐ Hoch	☐ Sehr hoch	Punkte

Wenn Sie bei sexueller Stimulation Erektionen hatten, wie oft waren Ihre Erektionen hart genug, um in Ihre Partnerin einzudringen?

☐ Ich habe keinen Geschlechtsverkehr versucht	☐ Fast nie oder nie	☐ Selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit)	☐ Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit)	☐ Meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit)	☐ Fast Immer oder immer	Punkte

Wie oft waren Sie beim Geschlechtsverkehr in der Lage, die Erektion aufrechtzuerhalten, nachdem Sie in Ihre Partnerin eingedrungen waren?

☐ Ich habe keinen Geschlechtsverkehr versucht	☐ Fast nie oder nie	☐ Selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit)	☐ Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit)	☐ Meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit)	☐ Fast Immer oder immer	Punkte

Wie schwierig war es beim Geschlechtsverkehr, die Erektion bis zum Ende des Geschlechtsverkehrs aufrechtzuerhalten?

☐ Ich habe keinen Geschlechtsverkehr versucht	☐ Äußerst schwierig	☐ Sehr schwierig	☐ Schwierig	☐ Ein bisschen schwierig	☐ Nicht schwierig	Punkte

Wenn Sie versuchten, Geschlechtsverkehr zu haben, wie oft war er befriedigend für Sie?

☐ Ich habe keinen Geschlechtsverkehr versucht	☐ Fast nie oder nie	☐ Selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit)	☐ Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit)	☐ Meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit)	☐ Fast Immer oder immer	Punkte

Gesamtpunktzahl

Bei diesem Fragebogen handelt es sich um den IIEF-5 (International Index of Erectile Function), einen validierten und standardisierten Fragebogen, der als Diagnoseinstrument anerkannt ist.

Urologische Gemeinschaftspraxis Dres. Remmert & Deuchert
Fachärzte für Urologie und medikamentöse Tumortherapie

Gemündener Str. 15 – 17
97753 Karlstadt

Tel.: 09353 - 35 91
Fax: 09353 - 35 92
www.urologie-karlstadt.de

Einverständniserklärung des Patienten zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

_____
(Vorname Name)

_____
(Geburtsdatum)

_____
(Anschrift)

☐ **Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Urologe die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholen und selbst erhobene Befunde zur weiteren Behandlung an meinen Hausarzt und weitere Mitbehandler leiten darf.**
Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

☐ **Ich bin mit der Übermittlung und/oder Einholung meiner Behandlungsdaten nicht einverstanden.**

Die allgemeinen Hinweise zum Datenschutz innerhalb der Praxis sind mir bekannt.

Karlstadt, _____
(Datum)

_____
(Unterschrift Patientin/Patient bzw. gesetzlicher Vertreter)

Urologische Gemeinschaftspraxis Dres. Remmert & Deuchert
Fachärzte für Urologie und medikamentöse Tumortherapie

Gemündener Str. 15 – 17
97753 Karlstadt

Tel.: 09353 - 35 91
Fax: 09353 - 35 92
www.urologie-karlstadt.de

Einverständniserklärung Terminerinnerung und Recall

_____
(Vorname Name)

_____
(Geburtsdatum)

_____
(Anschrift)

☐ _____
(E-Mail)

☐ _____
(Mobil-Nummer)

Hiermit stimme ich zu, dass mich meine Arztpraxis unter der angegebenen E-Mail-Adresse und/oder Mobil-Nummer

☐ an den vereinbarten Termin erinnern kann. (Terminerinnerung)

☐ zum Zwecke der Erinnerung an empfohlene, regelmäßig wiederkehrende Untersuchungen (z.B. Vorsorge- oder Früherkennungsuntersuchungen) kontaktieren darf. (Recall)

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft mündlich oder schriftlich widerrufen kann. Des weiteren habe ich Kenntnis davon, dass durch den Wiederruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird.

Mir ist bekannt, dass ich mich verpflichte, **Termine bei Verhinderung mind. 24 Std. vorher abzusagen**. Alternativ bleibt es dem Arzt/der Ärztin überlassen, ein **Ausfallhonorar in Höhe von 50,00 €** in Rechnung zu stellen.
Sollte der Arzt/die Ärztin durch die nicht rechtzeitige Absage eines Behandlungstermins ein Ausfallhonorar in der genannten Höhe stellen, bleibt es mir unbenommen, den Nachweis zu führen, dass ein Honorarausfall konkret entweder nicht oder nicht in der Höhe entstanden ist.

Karlstadt, _____
(Datum)

_____
(Unterschrift Patientin/Patient bzw. gesetzlicher Vertreter)