



Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein?

nein  ja

Wenn ja, welche **Medikamente**? Bitte geben Sie alle Medikamente an.

---

---

---

Wurden bei Ihnen **Operationen** durchgeführt?  
Wenn ja, welche?

**Rauchen Sie?!** Haben Sie geraucht?

Wenn ja, wie viele Zigaretten o.a. am Tag? \_\_\_\_\_ Seit wann/ wie lange? \_\_\_\_\_

Wie viel **Flüssigkeit** trinken Sie am Tag?

Was trinken Sie überwiegend:

Was ist der Grund Ihrer heutigen Vorstellung bei uns?! Welche **Beschwerden** haben Sie?

Kommen Sie zur **Vorsorge/ Krebsfrüherkennungs**-Untersuchung (Männer ab 45 Jahre)?

nein  ja

Was sind Sie von **Beruf** bzw. als was sind Sie tätig?

Wie groß und wie schwer sind Sie? **Größe:** \_\_\_\_\_ cm **Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg

Berlin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Susanne Hagel, Praxis für Urologie, Marienfelder Allee 212A, 12279 Berlin

