

## Patientendaten

Name	Vorname
Geburtsdatum	
Versicherung	Versicherungsnummer
Adresse	
Telefon	E-Mail

## Medizinische Vorgeschichte

Vorerkrankungen:

Frühere Operationen (Art und Jahr):

## Medikamente

Regelmäßige Medikamente (inkl. Dosierung):

Nehmen Sie Blutverdünner?

nein

ja

Wenn ja, welche?

Falls vorhanden, legen Sie bitte Ihren Medikationsplan vor.

## Prostata-spezifische Anamnese

Prostatakrebs in der Familie (Vater/Bruder)?

nein

ja

Frühere Prostatabiopsie oder MRT der Prostata?

nein

ja

Falls ja, Zeitpunkt und Ergebnis:

Letzte PSA-Werte (Datum und Wert):

## Befunde niedergelassener Urologen:

## Sonstiges:

Tastuntersuchung

Unauffällig

Auffällig

Ultraschalluntersuchung

Unauffällig

Auffällig

Körpergewicht/Größe:

kg /

cm

CPAP-Gerät bei Schlafapnoe

nein

ja