

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:

Tastuntersuchung

Unauffällig

Auffällig

Ultraschalluntersuchung

Unauffällig

Auffällig