

Patientendaten

Name

Vorname

Geburtsdatum

Niedergelassener Urologe

Versicherung

Versicherungsnummer

Adresse

Telefon

E-Mail

Medizinische Vorgeschichte

Vorerkrankungen:

Voroperationen (mit Jahr):

Allergien

Regelmäßige Medikamente (inkl. Dosierung):

Falls vorhanden, legen Sie bitte Ihren Medikationsplan vor.

Tragen Sie eines der folgenden Implantate?

(Bitte möglichst Implantationsausweis vorlegen)

Herzschrittmacher	nein	ja
Herzklappe/Occluder/ "Herzschirmchen"	nein	ja
Defibrillator (ICD)	nein	ja
Neurostimulator	nein	ja
Event-Recorder	nein	ja
Shunt	nein	ja
Innenohrimplantat	nein	ja

Spezifische Anamnese vor MRT

Hatten Sie schon einmal eine MRT?	nein	ja
Leiden Sie unter Platzangst?	nein	ja

Prostata-spezifische Anamnese

Prostatavolumen	ml	
Prostatakrebs in der Familie (Vater/Bruder)?	nein	ja
Frühere Prostatabiopsie?	nein	ja
Tastuntersuchung	unauffällig	auffällig
Ultraschalluntersuchung	unauffällig	auffällig

Sonstiges:

Körpergewicht/Größe:	kg /	cm
CPAP-Gerät bei Schlafapnoe	nein	ja

Mind. 2 aktuelle PSA-Werte (Datum und Wert):