

**Anamnese Urologie**

Pat.-Nr. \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

**Urologischer Befund:** \_\_\_\_\_ **RR.** \_\_\_\_\_

<b>Nierenlager re</b>	aß	<input type="checkbox"/>	Druckschmerz	<input type="checkbox"/>	Klopfschmerz	<input type="checkbox"/>	Verwölbung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Niere re</b>	nicht tastbar	<input type="checkbox"/>	tastbar	<input type="checkbox"/>	abnormbewegl.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nierenlager li</b>	aß	<input type="checkbox"/>	Druckschmerz	<input type="checkbox"/>	Klopfschmerz	<input type="checkbox"/>	Verwölbung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Niere li</b>	nicht tastbar	<input type="checkbox"/>	tastbar	<input type="checkbox"/>	abnormbewegl.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Blasenregion</b>	aß	<input type="checkbox"/>	Druckschmerz	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>WS</b>	aß	<input type="checkbox"/>	Druckschmerz	<input type="checkbox"/>	Klopfschmerz	<input type="checkbox"/>	Kyphose	<input type="checkbox"/>	Skoliose	Beweg. einschr.
<b>Narben</b>	keine	<input type="checkbox"/>	Flanke	<input type="checkbox"/>	Parsaxill.	<input type="checkbox"/>	Leiste	<input type="checkbox"/>	Unterbauch	<input type="checkbox"/>
<b>Schambehaar</b>	typisch	<input type="checkbox"/>	atypisch	<input type="checkbox"/>	spärlich	<input type="checkbox"/>	nicht vorhanden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>Harnröhre</b>	aß	<input type="checkbox"/>	Strikur	<input type="checkbox"/>	Char.	<input type="checkbox"/>	nicht vorhanden	wg. H. Harn	Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>
<b>Glied</b>	aß	<input type="checkbox"/>	Phimose	<input type="checkbox"/>	Hypospadie	<input type="checkbox"/>	Induration	Meatusstenose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hoden re</b>	aß	<input type="checkbox"/>	atrophisch	<input type="checkbox"/>	derb	<input type="checkbox"/>	Druckschmerz	Leistenhoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nebenhoden re</b>	aß	<input type="checkbox"/>	Köpl.	<input type="checkbox"/>	Schwanz	<input type="checkbox"/>	Induration	Druckschmerz	Schwellung	<input type="checkbox"/>
<b>Hoden li</b>	aß	<input type="checkbox"/>	atrophisch	<input type="checkbox"/>	derb	<input type="checkbox"/>	Druckschmerz	Leistenhoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nebenhoden li</b>	aß	<input type="checkbox"/>	Köpl.	<input type="checkbox"/>	Schwanz	<input type="checkbox"/>	Induration	Druckschmerz	Schwellung	<input type="checkbox"/>
<b>Samenstrang re</b>	aß	<input type="checkbox"/>	Hydrocele	<input type="checkbox"/>	Varikele	<input type="checkbox"/>	Spermatocele	Leistenbruch	Druckschmerz	<input type="checkbox"/>
<b>Samenstrang li</b>	aß	<input type="checkbox"/>	Hydrocele	<input type="checkbox"/>	Varikele	<input type="checkbox"/>	Spermatocele	Leistenbruch	Druckschmerz	<input type="checkbox"/>
<b>Rektal</b>	aß	<input type="checkbox"/>	Sphinkter: o.B.	<input type="checkbox"/>	star - schlaff	<input type="checkbox"/>	Hämorrhoiden	innen - außen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	aß	<input type="checkbox"/>	klein	<input type="checkbox"/>	mittelgroß	<input type="checkbox"/>	groß	atrophisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Prostata</b>	Solus erhöht	<input type="checkbox"/>	verstrichen	<input type="checkbox"/>	Druckschmerz	<input type="checkbox"/>	verlanglicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kornel normal	<input type="checkbox"/>	weich	<input type="checkbox"/>	teigig	<input type="checkbox"/>	derb	Höckrig - hart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	gut abgrenzbar	<input type="checkbox"/>	nicht abgrenzbar	<input type="checkbox"/>	randig	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Samenblase</b>	nicht tastbar	<input type="checkbox"/>	induriert	<input type="checkbox"/>	knollig	<input type="checkbox"/>	Druckschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Rest-Harn</b>	0 ml	<input type="checkbox"/>	ml	<input type="checkbox"/>	nicht gemessen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Cystoskopie:** \_\_\_\_\_

Urethra: \_\_\_\_\_

Bl.-Hals: \_\_\_\_\_

Bl.-Kopoz: \_\_\_\_\_

Schleimhaut: \_\_\_\_\_

Ostien: re: \_\_\_\_\_ li: \_\_\_\_\_

Blau: re: \_\_\_\_\_ li: \_\_\_\_\_

UK: re: \_\_\_\_\_ li: \_\_\_\_\_

**Rö.-Übers.:** \_\_\_\_\_

**Rö.-Urog.:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>Sp. Gew.</b>	
<b>Reakt.:</b>	
<b>E:</b>	<b>Z:</b>
<b>Bill:</b>	
<b>U.Bill:</b>	
<b>Ubg:</b>	
<b>Leuco:</b>	
<b>Ery:</b>	
<b>Epi:</b>	
<b>Zyl:</b>	
<b>Bakt:</b>	
<b>Salzw:</b>	

**Untersuchungsgang:** \_\_\_\_\_ **Heilplan:** \_\_\_\_\_

**Diagnose:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_