

**Fragebogen zur Gesundheit – Mann**  
 (Bitte gut leserlich ausfüllen)

Name	Vorname	Geburtsdatum
Adresse	PLZ / Ort	Aktueller Beruf (Pensum %)
Tel.	Mobile	Aktuelle Krankenkasse inkl. Karten-Nr.:  807.....
Grösse / Gewicht	E-Mail	
Urologe / Ort		Hausarzt / Ort
Wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt? Weshalb?		
Haben Sie Allergien?		
Haben oder hatten Sie eines der folgenden Leiden?  <input type="checkbox"/> Herzleiden <input type="checkbox"/> Neigung zu Thrombosen <input type="checkbox"/> Lungenleiden <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen <input type="checkbox"/> Nierenleiden <input type="checkbox"/> Rheuma/-Gelenkerkrankungen <input type="checkbox"/> Familiär vererbte Krankheiten <input type="checkbox"/> Prostata- / Hodenkrebs in der Familie <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen <input type="checkbox"/> Krankheiten des Nervensystems <input type="checkbox"/> Psychische Krankheiten <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten  <input type="checkbox"/> Keine der Genannten  Falls ja, bitte hier beschreiben:		

Operationen? Welche, wann?
Rauchen Sie? Wenn ja wieviel?
Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wieviel?
Nahmen/nehmen Sie Drogen? Wenn ja, welche?
Nehmen Sie regelmässige Medikamente ein? Wenn Ja, welche? Dosierungsangaben:
Bemerkungen:

Hiermit bestätige ich, dass alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäss sind.

Datum und Unterschrift:

---

Name	Dokumenten-ID	Autor/Prüfer	Datum	Version
Fragebogen	Adm/Form/1/1.1	DRE/MFA	20.07.2021	3