

Gutachten-Fragebogen

**Bitte vollständig ausfüllen und zum
Untersuchungstermin mitbringen!**

NEURO-UROLOGIE

Suppl.1

1. Patientendaten

Name: Geburtsdatum:

Anschrift:

.....

Tel. (Privat) Tel. (Mobil)

E-Mail:

(vorheriger) Beruf

Unfalltag

Arbeitgeber zum Unfallzeitpunkt

2. Allgemeine / Soziale Anamnese:

Körpergröße (cm) Gewicht (kg)

Familienstand: Anzahl Ihrer Kinder:

Allergien:

.....

Risikofaktoren:

Rauchen Sie? ja nein aufgehört Wenn ja, wie viel am Tag? Seit wann?

Alkohol? ja nein Wie viel? (z. B. 1 Flasche Bier pro Tag?)

Gutachten-Fragebogen

Bitte vollständig ausfüllen und zum Untersuchungstermin mitbringen!

NEURO-UROLOGIE

Suppl.1

3. Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Medikamentenname:	morgens	mittags	abends	nachts

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten? Ja Nein

Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:

.....
.....

4. Bisherige Operationen / Unfälle:

Datum

Eingriff

.....
.....
.....
.....
.....

Gutachten-Fragebogen

Bitte vollständig ausfüllen und zum Untersuchungstermin mitbringen!

NEURO-UROLOGIE

Suppl.1

5. Waren Sie vor dem Unfallereignis bereits schon mal in urologischer Behandlung?

Wenn ja, wann und bei welchem Facharzt für Urologie waren Sie vorstellig?

.....
.....

6. Vorerkrankungen:

Haben sie urologische Vorerkrankungen? Wenn ja, welche?

.....
.....
.....
.....

Welche sonstigen Vorerkrankungen / Nebenerkrankungen haben Sie?

.....
.....
.....
.....

7. Aktuelle urologische Beschwerden:

Bitte beschreiben Sie Ihre aktuellen Beschwerden im urologischen Fachbereich:

(ggf. auf gesondertem Blatt ergänzen)

Harnblase:
.....
.....
.....
.....
.....

Gutachten-Fragebogen

**Bitte vollständig ausfüllen und zum
Untersuchungstermin mitbringen!**

NEURO-UROLOGIE

Suppl.1

Darm:
.....
.....
.....

Sexualfunktion:
.....
.....
.....

8. Behandelnde Ärzte:

(Bitte Name, Adresse und Telefon- / Faxnummer angeben!)

Hausarzt:
.....

Urologe:
.....

Gynäkologe:
.....

D-Arzt:
.....

Weitere Ärzte:
.....

Gutachten-Fragebogen

Bitte vollständig ausfüllen und zum Untersuchungstermin mitbringen!

NEURO-UROLOGIE

Suppl.1

9. Schulausbildung / Berufsausbildung / Studium / Berufstätigkeit:

Welche Schulausbildung haben Sie?

Zeitraum

Schule

.....
.....
.....

Welche Berufsausbildung bzw. Lehrausbildung / Studium schloss sich daran an?

Zeitraum

Ausbildungsstätte

.....
.....
.....

Welche Berufstätigkeiten haben Sie danach ausgeübt?

Zeitraum

Tätigkeit / Arbeitgeber

.....
.....
.....

Welchen Beruf haben Sie zum Unfallzeitpunkt ausgeübt? Bei welcher Firma?

.....

.....

10. Rente:

EU - Rentner (Erwerbsunfähigkeit) seit wann: wie hoch:

BU - Rentner (Berufsunfähigkeit) seit wann: wie hoch:

MdE (Minderung der Erwerbsunfähigkeit) seit wann: wie hoch:

Gutachten-Fragebogen

**Bitte vollständig ausfüllen und zum
Untersuchungstermin mitbringen!**

NEURO-UROLOGIE

Suppl.1

11. Aktuell arbeitsfähig / arbeitsunfähig:

unfallabhängig

ja, bis wann:

nein, seit wann sind Sie wieder arbeitsfähig:

unfallunabhängig

ja, bis wann:

nein, seit wann sind Sie wieder arbeitsfähig: