

Krebsvorsorge bei Mann

Name: _____ . Datum: _____

Termin bei Arzt: Ru / S / Neu am: _____ um: _____ Uhr

1. Haben Sie Auffälligkeiten beim Stuhlgang bemerkt
(Blutbeimengungen, Schleim, neu aufgetretene Unregelmäßigkeiten..)
nein wenn ja, welche?
2. Haben Sie Veränderungen beim Wasserlassen bemerkt (Schmerzen Urinfluß,
auffallende Urinverfärbung)
nein wenn ja, welche?
3. Haben Sie Veränderungen (Verhärtung, Knoten am Hoden, Lymphknoten oder
Haut bemerkt ?
nein wenn ja, welche?