



*Alexianer*  
ST. HEDWIG-KRANKENHAUS

## KLINIK FÜR UROLOGIE

Information für Patientinnen und Patienten

Radikale Zystektomie mit Anlage eines Ileumkonduits



## *Lieber Patientin, lieber Patient,*

bei Ihnen wurde eine Blasenkrebs-Erkrankung festgestellt.

Viele Fragen hat sicher schon Ihre Urologin bzw. Ihr Urologe beantwortet.

Eine Therapieoption ist die operative Entfernung der Harnblase mit Harnableitung durch die Bauchdecke (radikale Zystektomie mit Anlage eines Ileumkonduits).

Details zur Operation besprechen wir mit Ihnen und Ihren Angehörigen in unserer Sprechstunde. In Vorbereitung auf dieses Gespräch erhalten Sie die folgenden Erläuterungen.

Mit den besten Grüßen

Dr. med. Christian Klopff und Prof. Dr. med. Steffen Weikert  
Chefärzte

### **Alexianer St. Hedwig-Krankenhaus**

Klinik für Urologie

Große Hamburger Straße 5–11

10115 Berlin

[www.alexianer-berlin-hedwigkliniken.de/urologie](http://www.alexianer-berlin-hedwigkliniken.de/urologie)

Tel.: (030) 23 11 - 26 33

E-Mail: [urologie-shk@alexianer.de](mailto:urologie-shk@alexianer.de)



## VOR DER OPERATION

Bestimmte Medikamente sollten vor Ihrer Operation abgesetzt werden.

//// Blutverdünnungstabletten, sog. Thrombozytenaggregationshemmer müssen abgesetzt werden:

- » Clopidogrel (Plavix, Iscover) 7 Tage vorher
- » Ticlopidin (Tyklid) 10 Tage vorher
- » Acetylsalicylsäure (Aspirin, ASS, Godamed, HerzASS, Aggrenox u.a) sollte 5 Tage vor der Operation abgesetzt werden. Bei bestimmten Herzerkrankungen (Z. n. Stenteinlage oder Herzinfarkt) ist gegebenenfalls auch eine Operation mit Weiterführung der Einnahme dieser Medikamente erforderlich. Bitte fragen Sie beim Aufnahmegespräch nach!

//// Neue orale Antikoagulantien (NOAK): z. B. Xarelto, Pradaxa u. ä. müssen 48 Stunden vor der Operation abgesetzt werden, d. h. Sie dürfen diese Medikamente zwei Tage vor der Operation noch morgens einnehmen und müssen dann eine Pause einhalten.

//// Cumarinderivate: Marcumar, Falithrom 14 Tage vor der Operation (der Quick-Wert soll >50% sein) und Umstellung auf „Heparinspritzen“. Bitte fragen Sie zuvor Ihre/Ihren Hausärztin/Hausarzt!

## VORSTATIONÄRE UNTERSUCHUNGEN

Kommen Sie bitte zum verabredeten Termin (meistens einige Tage vor der Operation) in die zentrale Aufnahme, 2. Etage im Hauptgebäude. Sie werden dort zunächst administrativ aufgenommen. Anschließend werden Sie durch die/den urologische/n Aufnahmeärzt\*in untersucht und es erfolgt eine Blutabnahme. In Vorbereitung auf die Operation sprechen Sie außerdem mit der/dem Narkoseärzt\*in. Der gesamte Ablauf der Aufnahme und Aufklärung wird circa drei bis vier Stunden dauern.

## OPERATION

Am Tag vor der Operation dürfen Sie bis 24 Uhr noch essen. Abführmaßnahmen sind nicht erforderlich. Das Trinken von Wasser ist bis morgens 6 Uhr erlaubt. Die Operation dauert ca. 3–4 Stunden. Unmittelbar vor der Operation wird das OP-Gebiet rasiert. Diese Rasur sollten Sie nicht selbst vornehmen. Die Operation wird in Vollnarkose durchgeführt.

Die Operation wird entweder in klassischer offener Technik über einen Bauchschnitt oder als minimal-invasive Roboter-assistierte Operation (sog. DaVinci-Verfahren) durchgeführt. Welche OP-Technik für Sie geeignet ist, hängt von Ihren Befunden und Ihren Präferenzen ab. Die Operationstechnik wird Ihre/Ihr Operateur\*in mit Ihnen gemeinsam in einem ausführlichen Gespräch vereinbaren. Dabei berücksichtigen wir auch Ihre Wünsche.

**Die offene Operation** erfolgt über einen Bauchschnitt vom Schambein zum Bauchnabel. Wir wenden bei der Operation ein mikrochirurgisches Verfahren an. Dabei wird das Operationsgebiet mit Hilfe einer Lupenbrille stark vergrößert, um besonders schonend präparieren zu können.

**Die Roboter-assistierte** Operation wird über sechs nur wenige Millimeter große Zugänge zum Bauchraum durchgeführt. Der Roboter überträgt dabei die Handbewegungen der/des Chirurg\*in präzise auf die Instrumente im Körperinneren. Zusätzlich erleichtert eine 3D-Darstellung mit starker Vergrößerung die Identifikation wichtiger Nervenfasern und Gefäße.

Bei Männern muss zusätzlich immer die Prostata, bei Frauen die Gebärmutter mit entfernt werden. Die Eierstöcke werden meistens belassen.

**Lymphknotenentfernung:** Eine Entfernung der lokalen Lymphknoten ist in fast allen Fällen gleichzeitig mit der Blasenentfernung erforderlich, um eine genaue Information über das Ausmaß der Erkrankung zu erhalten und kleinste Absiedlungen von Tumorzellen mit den Lymphknoten zu entfernen. Es werden die typischen Lymphknotenstationen der Harnblase im Becken entfernt, andere Lymphknoten aber geschont.

**Nerverhalt bei Männern:** Dicht an der Prostata verläuft das Gefäß-Nerven-Bündel, das für die Erektionsfähigkeit (Potenz) verantwortlich ist. Bei bestimmten Ausgangsbefunden ist die nervenschonende Operationsmethode möglich, ohne größere tumorchirurgische Risiken eingehen zu müssen. Zum Erheben eines Ausgangsbefundes vor der Operation ist es deshalb wichtig, dass Sie die angefügten Fragebögen ausgefüllt zum Vorgespräch mitbringen.

Nach nervschonender Operation wird eine frühe medikamentöse Therapie mit „Potenzmitteln“ empfohlen, um frühzeitig eine Erektion auszulösen und eine Verkümmern (sog. Atrophie) des Schwellkörpers zu verhindern. Zusätzlich kann eine Injektionstherapie oder die Anwendung einer Vakuumpumpe sinnvoll sein.

Die Entfernung der Harnblase erfordert eine neue Form der Harnableitung. Dabei werden die beiden Harnleiter durch Zwischenschaltung eines isolierten Dünndarmstückes mit der Bauchdecke verbunden (Ileumkonduit/ Urostoma). Der aus einer Hautöffnung am rechten Unterbauch austretende Urin wird in einem aufgeklebten Beutel aufgefangen. Die Markierung der Hautöffnung muss vor der Operation im Sitzen erfolgen, damit eventuelle Hautfalten für den optimalen Sitz der Klebeplatte berücksichtigt werden können

**Blutverlust:** Der Blutverlust bei der Operation ist in der Regel gering. Eine Eigenblutspende ist vor der Operation nicht nötig. Lediglich bei unter ein Prozent unserer Patient\*innen ist die Gabe von Blutkonserven erforderlich.

## NACH DER OPERATION

Zur besseren Kontrolle der Kreislaufsituation werden Sie circa zwei Stunden im sogenannten Aufwachraum überwacht. Der beste Zeitpunkt für einen Besuch der Angehörigen ist in der Regel nach 17 Uhr.

Wenn Sie uns die Handynummer Ihrer Angehörigen vor der Operation angeben, können wir sie auch direkt nach Beendigung der Operation über den Verlauf informieren.

Am Abend dürfen Sie dann wieder trinken und falls Sie Appetit haben, auch schon eine Kleinigkeit essen. Nach der Operation werden Wundschmerzen routinemäßig durch Medikamente ausgeschaltet.

Wichtig ist ein schnelles Wiedereinsetzen der Darmtätigkeit. Sie erhalten unterstützend Abführmittel. Die körperliche Bewegung fördert auch eine normale Darmtätigkeit. Ebenso sind Kaugummis hilfreich.

Bei Rauchern ist der Darm an das Nikotin gewöhnt, für eine Entwöhnung wäre es jetzt ein ungeeigneter Zeitpunkt.

Aufstehen dürfen Sie spätestens am Tag nach der Operation. Selbstverständlich wird Ihnen dabei zunächst geholfen. Die schnelle Mobilisation fördert die Heilung. Sie werden deshalb angehalten, sich so oft wie möglich auf der Station zu bewegen und werden dabei auch von Physiotherapeut\*innen unterstützt.

**Harnleiterschienen:** Bei der Operation werden die Harnleiter mit dem Dünndarmsegment durch Nähte verbunden. Die Naht muss nach der Operation durch Harnleiterschienen entlastet werden.

Die beiden Schienen sind äußerlich im Stoma für Sie sichtbar.

Die Schienen dürfen maximal 6 Monate belassen werden und werden ambulant meist nach der Anschlussheilbehandlung entfernt.

Zusätzlich wird bei der Operation meist eine Wunddrainage eingelegt. Diese wird in den ersten Tagen entfernt, spätestens wenn die Fördermenge geringer als 50 ml/24 h ist.

Wichtig ist, dass Sie frühzeitig den Umgang mit dem Stomabeutel erlernen.

Dafür bekommen Sie in der Klinik und auch zu Hause Unterstützung von einer/einem Stomatherapeut\*in.

## **ANSCHLUSSHEILBEHANDLUNG**

Noch während des stationären Aufenthaltes wird eine ambulante oder stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB, Reha) über unseren Sozialdienst angemeldet.

Unsere Partnerkliniken sind:

//// Müritz-Klinik Klink, <http://www.mueritz-klinik.de>

//// Vivantes-Rehabilitation in Berlin-Friedenau, <https://reha.vivantes.de/>

//// ZAR Berlin Mitte, <http://www.zar-berlin.de/>

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vom Sozialdienst beraten Sie zu den verschiedenen Angeboten der Reha-kliniken.

Die endgültige Entscheidung über die Anschlussheilbehandlung fällt Ihr Kostenträger (Rentenversicherung), wir werden Sie aber bezüglich Ihrer Wünsche unterstützen.

Natürlich ist eine AHB nicht zwingend notwendig. Allerdings unterstützt Sie diese bei der Erholung aller Körperfunktionen.

## **ENTLASSUNG**

Die Entlassung erfolgt üblicherweise am 7. bis 10. Tag nach der Operation.

Am Entlassungstag können Sie circa 11 Uhr am Vormittag die Klinik verlassen. Sie sollten sich, wenn möglich, abholen lassen.

Das selbstständige Steuern eines Kraftfahrzeuges empfehlen wir erst, wenn Sie keine Schmerzmittel mehr benötigen.

Operationsbedingt besteht mindestens bis zu diesem Zeitpunkt eine schmerzbedingte Reaktionsverzögerung beim Bremsen.

Bei Entlassung erhalten Sie einen vorläufigen ärztlichen Brief. Die bei dem Eingriff entfernte Harnblase wird am Institut für Pathologie feingeweblich untersucht. Den endgültigen Befund erhalten wir nach circa 10 Tagen. Ihre Urologin oder Ihr Urologe erhält den Bericht und wird diesen mit Ihnen besprechen.

Den endgültigen ärztlichen Brief mit dem histologischen Befund und den Empfehlungen zur Nachsorge und einer eventuell erforderlichen Chemo- oder Immuntherapie erhalten Sie per Post.

## NACH DER ENTLASSUNG

Nach der Entlassung sollten Sie sich noch vor Antritt der Anschlussheilbehandlung bei Ihrer Urologin beziehungsweise Urologen vorstellen. Hier wird noch einmal eine Kontrolle der Wunde erfolgen und ggf. die Hautklammern 14 Tage nach der Operation entfernt.

Wir empfehlen ab dem Tag nach der Operation für die kommenden vier Wochen eine Spritze unter die Haut zur Blutverdünnung Dalteparin („Fragmin“). Durch diese Therapie soll das Auftreten einer Thrombose oder Embolie vermieden werden. Das Erlernen des Spritzens wird Ihnen während des Krankenhausaufenthaltes gezeigt. Die Injektion sollte oberhalb der Wunde (Oberbauch oder Oberarm) erfolgen. Eine vorherige Desinfektion ist zu Hause dann nicht mehr erforderlich. Bei Entlassung erhalten Sie ein Rezept für 20 Spritzen.

## WAS SOLLTEN SIE NOCH BEACHTEN?

Nach dem Operationstermin sollten Sie schweres Heben und Tragen (> 5 kg) für drei Wochen vermeiden. Alle sportlichen Aktivitäten inklusive Radfahren sind bei Beschwerdefreiheit und unauffälliger Wunde nach drei Wochen wieder erlaubt.

Wir wünschen Ihnen gute Besserung!

**Bei Fragen können Sie sich auch an uns wenden!**



## IIEF-5-FRAGEBOGEN (FÜR MÄNNER)

### Erektion

Bitte ankreuzen!

Patienten-Daten

#### 1. Wie würden Sie Ihre Zuversicht einschätzen, eine Erektion zu bekommen und zu behalten?

- |                                     |                          |                          |                          |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (0)                                 | (1)                      | (2)                      | (3)                      | (4)                      |
| sehr gering<br>oder nicht vorhanden | niedrig                  | mittelmäßig              | groß                     | sehr groß                |

#### 2. Wenn Sie bei sexueller Stimulation Erektionen hatten, wie oft waren Ihre Erektionen hart genug für die Penetration?

- |                               |                          |   |   |   |                             |
|-------------------------------|--------------------------|---|---|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>    |
| (0)                           | (1)                      | (2)   | (3)                                       | (4)   | (5)                         |
| Keine sexuelle<br>Stimulation | Fast nie oder nie        | Selten (viel weniger<br>als die Hälfte<br>der Zeit) | Manchmal (etwa<br>die Hälfte der<br>Zeit) | Meistens (mehr<br>als die Hälfte der<br>Zeit) | Fast immer<br>oder<br>immer |

#### 3. Wie oft waren Sie bei Geschlechtsverkehr in der Lage, Ihre Erektion aufrecht zu erhalten, nachdem Sie Ihre Partnerin/Ihren Partner penetriert hatten (in sie/ihn eingedrungen waren)?

- |   |                          |   |   |   |                          |
|---|--------------------------|---|---|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/> |
| (0)                                     | (1)                      | (2)   | (3)                                       | (4)   | (5)                      |
| Geschlechtsverkehr<br>nicht<br>versucht | Fast nie oder nie        | Selten (viel weniger<br>als die Hälfte<br>der Zeit) | Manchmal (etwa<br>die Hälfte der<br>Zeit) | Meistens (mehr<br>als die Hälfte der<br>Zeit) | Fast immer oder<br>immer |

#### 4. Wie schwierig war es, beim Geschlechtsverkehr Ihre Erektion bis zur Vollendung des Geschlechtsverkehrs aufrecht-zuerhalten?

- |   |                          |                          |                          |                           |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| (0)                                     | (1)                      | (2)                      | (3)                      | (4)                       | (5)                      |
| Geschlechtsverkehr<br>nicht<br>versucht | Äußerst schwierig        | Sehr schwierig           | Schwierig                | Ein bisschen<br>schwierig | Nicht schwierig          |

#### 5. Wenn Sie versuchten, Geschlechtsverkehr zu haben, wie oft war er befriedigend für Sie?

- |   |                          |   |   |   |                          |
|---|--------------------------|---|---|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/> |
| (0)                                     | (1)                      | (2)   | (3)                                       | (4)   | (5)                      |
| Geschlechtsverkehr<br>nicht<br>versucht | Fast nie oder nie        | Selten (viel weniger<br>als die Hälfte<br>der Zeit) | Manchmal (etwa<br>die Hälfte der<br>Zeit) | Meistens (mehr<br>als die Hälfte der<br>Zeit) | Fast immer oder<br>immer |

#### Punktzahl:

Wenn Sie 21 Punkte oder weniger erreicht haben, liegen Anzeichen für eine erektile Dysfunktion vor.

Wenden Sie sich an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt.

## IPSS-FRAGEBOGEN

### Miktion

Bitte ankreuzen! Die Angaben beziehen sich auf die letzten 4 Wochen.

Patienten-Daten

1. Wie oft hatten Sie das Gefühl, dass Ihre Blase nach dem Wasserlassen nicht ganz entleert war?

- |                          |  |  |  |  |                          |
|--------------------------|--|--|--|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> |
| (0)<br>Niemals           | (1)<br>seltener als in<br>einem von fünf<br>Fällen | (2)<br>Seltener als in der<br>Hälfte aller Fälle | (3)<br>Ungefähr in der<br>Hälfte aller Fälle | (4)<br>In mehr als der<br>Hälfte aller Fälle | (5)<br>Fast immer        |

2. Wie oft mussten Sie innerhalb von 2 Stunden ein zweites Mal Wasser lassen?

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| (0)                      | (1)                      | (2)                      | (3)                      | (4)                      | (5)                      |

3. Wie oft mussten Sie beim Wasserlassen mehrmals aufhören und wieder neu beginnen?

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| (0)                      | (1)                      | (2)                      | (3)                      | (4)                      | (5)                      |

4. Wie oft hatten Sie Schwierigkeiten das Wasserlassen hinauszuzögern?

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| (0)                      | (1)                      | (2)                      | (3)                      | (4)                      | (5)                      |

5. Wie oft hatten Sie einen schwachen Strahl bei Wasserlassen?

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| (0)                      | (1)                      | (2)                      | (3)                      | (4)                      | (5)                      |

6. Wie oft mussten Sie pressen oder sich anstrengen, um mit dem Wasserlassen zu beginnen?

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| (0)                      | (1)                      | (2)                      | (3)                      | (4)                      | (5)                      |

7. Wie oft sind Sie im Durchschnitt nachts aufgestanden, um Wasser zu lassen?

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| (0)                      | (1)                      | (2)                      | (3)                      | (4)                      | (5)                      |

Gesamt-IPSS-Score:

### Beeinträchtigung der Lebensqualität durch Harntraktsymptome

Wie würden Sie sich fühlen, wenn sich Ihre jetzigen Symptome beim Wasserlassen in Ihrem weiteren Leben nicht mehr ändern würden?

- |                          |                          |                                 |   |                                   |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|---|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>                                  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (0)<br>ausgezeichnet     | (1)<br>zufrieden         | (2)<br>überwiegend<br>zufrieden | (3)<br>gemischt, teils<br>zufrieden, teils<br>unzufrieden | (4)<br>überwiegend<br>unzufrieden | (5)<br>unglücklich       | (6)<br>sehr schlecht     |

Lebensqualität Index L:

## ICIQ-FRAGEBOGEN

### Kontinenz

Bitte ankreuzen!

Patienten-Daten

#### 1. Wie oft kommt es bei Ihnen zu unwillkürlichem Urinverlust?

- (0) Nie
- (1) Einmal pro Woche oder seltener
- (2) Zwei- bis dreimal pro Woche
- (3) Einmal täglich
- (4) Mehrmals täglich
- (5) Ständig

#### 2. Wie hoch ist der Urinverlust?

- (0) Kein Urinverlust
- (2) Eine geringe Menge
- (4) Eine mittelgroße Menge
- (6) Eine große Menge

#### 3. Wie stark ist Ihr Leben durch den Urinverlust beeinträchtigt?

<input type="checkbox"/>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
gar nicht											stark

#### ICIQ-Summen-Score (1+2+3):

Maximale Punktzahl: 21

Keine Inkontinenz 0

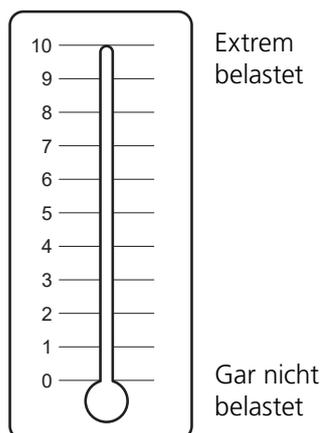
Leichte Inkontinenz 1 – 5

Mäßige Inkontinenz 6 – 10

Starke Inkontinenz >10

## DISTRESS-THERMOMETER ZUR MESSUNG PSYCHISCHER BELASTUNG

**ERSTENS:** Bitte kreisen Sie am Thermometer die Zahl ein (0–10), die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.



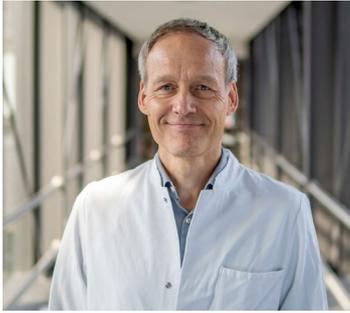
Patienten-Daten

**ZWEITENS:** Bitte geben Sie an, ob Sie in einem der nachfolgenden Bereiche in der letzten Woche einschließlich heute Probleme hatten. Kreuzen Sie für jeden Bereich JA oder NEIN an.

	Ja	Nein		Ja	Nein	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Praktische Probleme</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Körperliche Probleme</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzen
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Versicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Übelkeit
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arbeit/Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erschöpfung
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beförderung (Transport)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaf
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kinderbetreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bewegung/Mobilität
			<b>Familiäre Probleme</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waschen, Ankleiden
			Im Umgang mit dem Partner/der Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Äußeres Erscheinungsbild
			Im Umgang mit den Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atmung
			<b>Emotionale Probleme</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entzündungen im Mundbereich
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essen/Ernährung
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verdauungsstörungen
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traurigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verstopfung
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchfall
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veränderungen beim Wasserlassen
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verlust des Interesses an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fieber
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	alltäglichen Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trockene/juckende Haut
			<b>Drittens:</b> Wünschen Sie psychoonkologische Mitbetreuung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trockene/verstopfte Nase
	Ja	Nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kribbeln in Händen/Füßen
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angeschwollen/aufgedunsen fühlen
			Sonstige Probleme:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gedächtnis/Konzentration
			_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sexuelle Probleme
			_____			



## Ihre Ansprechpartner



**Prof. Dr. med. Steffen Weikert**  
Chefarzt



**Dr. med. Christian Klopff**  
Chefarzt

## Anmeldung für Beratungsgespräche

Online: [www.alexianer-berlin-hedwigkliniken.de/urologie](http://www.alexianer-berlin-hedwigkliniken.de/urologie)

Tel.: (030) 23 11 - 26 33

E-Mail: [urologie-shk@alexianer.de](mailto:urologie-shk@alexianer.de)



Stand: März 2023

### Alexianer St. Hedwig-Krankenhaus

Klinik für Urologie

Große Hamburger Straße 5–11

10115 Berlin

//// Telefon: (030) 23 11 - 26 33, Fax: (030) 23 11 - 24 34

//// E-Mail: [urologie-shk@alexianer.de](mailto:urologie-shk@alexianer.de)

//// Internet: [www.alexianer-berlin-hedwigkliniken.de/urologie](http://www.alexianer-berlin-hedwigkliniken.de/urologie)