

Name: _____ Vorname _____

Int. Nummer: _____

(Wird von der Praxis eingetragen)

Datum: _____

Persönliche Angaben zur Erkrankung / Krankheitsvorgeschichte

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte machen Sie Angaben zu Ihrer aktuellen Erkrankung aber auch zu früheren Erkrankungen! Die Kenntnis über bisher durchgemachte Erkrankungen kann für uns wichtig sein, um eine Nieren- oder Bluthochdruckerkrankung besser beurteilen zu können. Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Erkrankungen an und machen Sie bei Bedarf weitere Angaben. Wenn Sie Fragen haben, oder Ihnen etwas unklar ist, kann dies selbstverständlich in einem persönlichen Gespräch geklärt werden.

Weshalb haben Sie uns aufgesucht?

- Abklärung einer Nierenerkrankung Arterielle Hypertonie (hoher Blutdruck)
 Fettstoffwechselstörung / erhöhte Blutfettwerte Andere Erkrankung:

Aktuelle Beschwerden:

- Besteht Übelkeit, Brechreiz? Abneigung gegen Fleisch Kältegefühl?
 Abgeschlagenheit? Wassereinlag. / Ödeme? Luftnot?

Allgemeine Angaben:

- Appetit:** gut mäßig schlecht oder schlechter geworden
 Körperliche **Belastbarkeit** / Ausdauer: gut mäßig schlecht oder schlechter geworden
Gewicht: konstant Zu- / Abnahme _____ kg in welcher Zeit? _____
 Tägl. Trinkmenge incl. Tee / Kaffee weniger als 1 Liter 1-2 Liter
 mehr als 2,5 Liter Evtl. genauere Angabe _____
Stuhlgang: normal mehr als 3x/Tag weniger als 3x / Woche
Wasserlassen: normal Beschwerden / Schmerzen nachts mehr als 2x

- Nikotin:** Nichtraucher / Nie geraucht Raucher, seit wann? _____
 Ex-Raucher, seit wann? _____ wie viele Jahre geraucht? _____
 Wieviel Zigaretten Zigarren / Zigarillos Pfeifen
 rauchen Sie oder haben Sie früher pro Tag geraucht? _____

- Alkohol:** Ich trinke nie Alkohol selten weniger als 0,5l Bier / 0,2l Wein pro Tag
 mehr als 0,5l Bier / 0,2l Wein pro Tag mehr als 1,0l Bier / 0,5l Wein pro Tag
 nicht regelmäßig, aber auch schon mal mehr als 0,5l Bier / 0,2l Wein pro Tag
 Ich möchte keine Angabe machen

Regelmäßige oder häufige Einnahme von **Schmerzmitteln**? Welche? _____

 Bitte wenden!

Name: _____ Vorname _____

Bisher bekannte Erkrankungen:

- Herz**
 - Koronare Herzerkrankung? Herzinfarkt ? Bypass – OP / Stent
 - Herzkatheteruntersuchung? Wann? _____
 - Herzschwäche / Herzklappenfehler? _____

- Kreislauf:**
 - Hoher Blutdruck? Erst vor kurzem festgestellt
 - Bekannt seit etwa _____ Jahren

- Durchblutungsstörungen / arterielle Verschlusskrankheit** „(Schaufensterkrankheit“)?

- Venenthrombose / Embolie**

- Nervensystem** Gehirn / Schlaganfall ? wann? _____

- Diabetes mellitus** Seit wann bekannt? _____ Insulin? _____
 - Folgeerkrankungen bekannt? Auge (Netzhaut / Laserung?; Grauer Star)
 - Nervenstörung?

- Andere Stoffwechselerkrankung ?** **Leber, Magen, Darmerkrankung** **Lungenerkrankung**

- Nierenerkrankungen / Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane?**
 - Blasenentleerungsstörung Harnwegsinfekte Nierensteine

- Rheumaerkrankungen, Gelenk- oder sog. Autoimmunerkrankungen?** _____

- Erkrankungen der Haut?** _____

- Erblich bedingte Erkrankung(en)?** _____

- Besondere Erkrankungen im Kindesalter?** _____

- Unfälle/Verletzungen/Operationen?** _____

Krankenhausaufenthalte in den letzten 5 Jahren?

Wann?	Wo?	Wegen welcher Beschwerden?

Beruf: _____ **Rentner**

Ggf. (frühere) berufliche Belastungen (Schadstoffe, Hitze, Kälte):

Erkrankungen in der Familie:

- Erkrankungen in der Familie sind **nicht bekannt**
- Erkrankungen in der Familie **sind bekannt:**
 - Herz / Kreislauf (Koronare Herzerkrankung, Herzinfarkt , Hoher Blutdruck, Schlaganfälle)
 - Nierenerkrankungen / Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane?
 - Ich habe Dialysepatienten in der Familie
 - Erberkrankungen Fettstoffwechselstörungen Diabetes mell.
 - Andere: