

Name: _____ Vorname _____ Int. Nummer: _____
 (Wird von der Praxis eingetragen)

Erstvorstellung am: _____

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:

- Übelkeit, Brechreiz? Abneigung gegen Fleisch Kältegefühl? Abgeschlagenheit?
 Wassereinlag. / Ödeme? Luftnot? Andere Beschwerden _____

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 _____

Int. Nummer: _____

(Wird von der Praxis eingetragen)

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: