



Geltungsbereich/Zuständigkeit: Ambulanz/Ärzte

## **Fragebogen für Patienten**

### **1. Persönliche Angaben**

Name, Vorname :	
Geb.Datum:	
Anschrift:	
Telefonnr.:	Handynr.:
Größe:	Gewicht:
Allergien:	
Geschätzte Trinkmenge pro Tag (Alle Getränke!):	

### **2. allgemeine Angaben zum Gesundheitsstand**

Hausarzt (Name, Ort):
Weitere Ärzte, bei denen Sie in regelmäßiger Behandlung sind:
<b><u>Letzter</u></b> Krankenhausaufenthalt (Jahr, Grund, Krankenhaus)

### **3. Angaben zu Vorerkrankungen (wenn ja, wann?)**

Bluthochdruck?	Diabetes?	Herzinfarkt?	Schlaganfall?	Rheuma?
Herzrhythmus-Störung?	Krebs-Erkrankung?	Lungen-Erkrankung?	Cholesterin-Erhöhung?	Leber, Galle?

#### 4. Bitte kreuzen Sie an

	ja	nein		ja	nein
geschwollene Beine?			Brennen beim Wasserlassen?		
Atemnot?			Blut im Urin?		
nächtliches Wasserlassen?			schaumiger Urin?		
Herzrasen?			Nierenkoliken, Nierensteine?		
Gelenkschmerzen?			Harnverhalt, Prostata-Erkrankung?		
Sehstörungen?			Übermäßiger Alkoholkonsum?		
Hauterkrankungen?			Raucher?		

#### 5. Aktuelle Angaben zur derzeitigen Erkrankung

Wann wurde erstmals bei Ihnen eine Nierenerkrankung festgestellt?

Waren Sie schon einmal bei einem Facharzt für Nierenerkrankungen (Nephrologen)?

Sind bei Ihnen ansteckende Erkrankungen, wie zum Beispiel Hepatitis (A, B oder C), HIV, MRSA oder sonstige, bekannt?

#### 6. Medikamente

*Nur ausfüllen, wenn Sie keinen Medikamentenplan vorgelegt haben !*

Medikamente mit Dosierung


Welche Medikamente haben Sie nicht vertragen?


### 7. Fragen zur Hypertonieabklärung (Bluthochdruck)

1) Wann wurde erstmals bei Ihnen ein Bluthochdruck festgestellt? \_\_\_\_\_

2) Seit wann nehmen Sie blutdrucksenkende Medikamente ein? \_\_\_\_\_

3) Salzen Sie Ihr Essen regelmäßig nach, wenn Sie nicht zu Hause essen?  ja  nein

4) Nehmen Sie Verhütungsmittel ein?  ja  nein

5) Wieviel Zigaretten rauchen Sie am Tag?

Keine  1-5  6-10  über 10

---

6) Welche Schmerzmittel nehmen Sie regelmäßig ein?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1-2x im Monat  1x in der Woche  mehrmals wöchentlich  täglich

Menge: \_\_\_\_\_ Tabletten, Seit: \_\_\_\_\_ Jahren

---

7) Stehen Sie derzeit beruflich unter erhöhter Belastung?  ja  nein

8) Stehen Sie dauerhaft beruflich unter erhöhter Belastung?  ja  nein

9) Gibt es derzeit andere Belastungen für Sie?  
(Familie, Gesundheit, Finanzielle Sorgen)  ja  nein

10) Schnarchen Sie?  ja  nein

11) Fühlen Sie sich morgens ausgeruht?  ja  nein

12) Gehen Sie einer regelmäßigen körperlichen Betätigung nach?  ja  nein  
Wenn ja, welcher: \_\_\_\_\_

Häufigkeit: \_\_\_\_\_ Minuten täglich, \_\_\_\_\_ mal pro Woche

13) Leiden Sie an ausfallsartigem Blutdruck-Erhöhungen?  ja  nein

14) Plötzliches Herzrasen  ja  nein

16) Essen Sie übermäßig viel Lakritze?  ja  nein

*Bearbeitungshinweis: Der ausgefüllte Bogen wird unter Anamnese eingescannt*