

Sehr geehrter Patient/sehr geehrte Patientin,

Ihr betreuender Arzt hat bei Ihnen eine Urinauffälligkeit festgestellt und vermutet eine Nierenerkrankung. Bei der Aufklärung und Beurteilung Ihrer Erkrankung bitten wir Sie, uns behilflich zu sein und die folgenden Fragen so gut sie können zu beantworten.

Name, Vorname:

Telefonnummer:

Name /Anschrift des Hausarztes:

Ist bei Ihnen eine Urinauffälligkeit (Blut, Urinschäumen) oder eine Nierenerkrankung bekannt?

nein

ja, folgende Auffälligkeiten:

bekannt seit:

Leiden Sie an Bluthochdruck?

nein

ja, bekannt seit:

höchster Wert:



Ist bei Familienmitgliedern eine Nierenerkrankung oder Bluthochdruck bekannt?

nein

ja, folgende Erkrankung:

Verwandtschaftsgrad

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

nein

ja,

| Medikation: | mg | früh | mittags | abends | spät | Hinweis |
|-------------|----|------|---------|--------|------|---------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |



Ist bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten bekannt?

aufgetreten/bekannt seit:

- Diabetes mellitus nein ja, _____
- Lebererkrankung nein ja, _____
- Schilddrüsenerkrankung nein ja, _____
- Herzinfarkt nein ja, _____
- Schlaganfall nein ja, _____
- Herzrhythmusstörungen nein ja, _____
- Durchblutungsstörungen i. d. Beinen nein ja, _____
- Krampfadern nein ja, _____
- Augenerkrankung nein ja, _____
- Erhöhte Blutfettwerte nein ja, _____
- Erhöhte Harnsäurewerte, Gicht nein ja, _____
- Asthma bronchiale nein ja, _____
- Andere Lungenerkrankung nein ja, _____
- Krebserkrankung nein ja, _____
- Nervenstörungen nein ja, _____
- sonstige Erkrankung: _____

Sind Schmerzmittel erforderlich?

nein

ja, welche zurzeit: _____

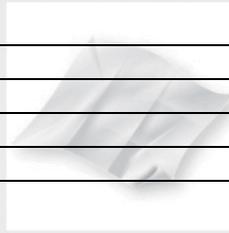
welche früher: _____



Ist eine Allergie bekannt?

nein

ja, folgende Allergie:



bekannt seit:

Rauchen Sie?

nein, noch nie

ja, seit:

nein, beendet seit:



Zigaretten pro Tag:

Angaben zur Körpergröße/Gewicht

Ihre Körpergröße:

_____ m

Ihr Gewicht:

_____ kg

Gewichtsveränderung in den
Letzten 6 Monaten:

gleichbleibend

zunehmend

abnehmend



Weitere Angaben

Nachtschweiß

nein

ja

Nachts Toilettengang

nein

ja

Wassereinlagerungen i.d. Beinen

nein

ja

ja, nur abends

Luftnot

nein

ja

Krampfadern

nein

ja

Trinkmenge pro Tag:

ca. 1 L

ca. 2 L

mehr als 2 L

Beschwerden beim Wasserlassen

nein

ja, folgende:

Durchfall

nein

ja

Verstopfungen

nein

ja

Alkohol

nie

gelegentl.

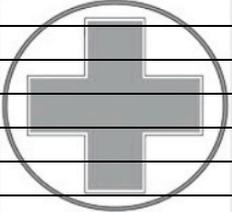
täglich

Sind Sie schon einmal operiert worden?

nein

ja, folgende Operation:

wann war dies



Leiden sie an Medikamentenunverträglichkeiten?

nein

ja, Medikamenten-Name

Beschwerden:

