

**Liebe Patientin,
lieber Patient,**

wir begrüßen Sie sehr herzlich zu Ihrem ersten Termin in unserer Praxis.
Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit, die nachfolgenden Fragen zu beantworten.
Die Angaben sind freiwillig. Das ärztliche Gespräch soll hierdurch nicht ersetzt,
sondern sinnvoll vorbereitet werden. Beachten Sie bitte auch die Rückseite.
Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, übergehen Sie diese
einfach. Wir kommen im ärztlichen Gespräch darauf zurück.

Name: **Vorname:**

1. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

- **regelmäßig:**

.....
.....
.....
.....
.....

- **gelegentlich (Schmerzmittel?):**

.....
-------	-------

2. Leiden Sie an Nierenbeschwerden?

- | | | |
|---------------------------------|---|----------------|
| - häufige Harnwegsinfekte | <input type="radio"/> nein / <input type="radio"/> ja | wann? |
| - Nierenbeckenentzündung | <input type="radio"/> nein / <input type="radio"/> ja | wann? |
| - <u>sichtbar</u> blutiger Urin | <input type="radio"/> nein / <input type="radio"/> ja | wann? |
| - Wassereinlagerungen | <input type="radio"/> nein / <input type="radio"/> ja | wann? |
| - Brennen beim Wasserlassen | <input type="radio"/> nein / <input type="radio"/> ja | wann? |
| - Nierenschmerzen | <input type="radio"/> nein / <input type="radio"/> ja | wann? |
| - nächtliches Wasserlassen | <input type="radio"/> nein / <input type="radio"/> ja | wie oft? |

**Ist eine Nierenfunktionsstörung bzw. Erhöhung der Blut-Nierenwerte
bekannt?**

nein / ja seit wann?

Hatten/haben Sie Nierensteine?

nein / ja

3. Besteht ein Bluthochdruck?

nein / ja seit wann?

- | | |
|--|--|
| - wie hoch ist Ihr Blutdruck durchschnittlich? | mmHg |
| - haben Sie eine Tagesmüdigkeit? | <input type="radio"/> nein / <input type="radio"/> ja seit wann? |
| - Schnarchen Sie? | <input type="radio"/> nein / <input type="radio"/> ja seit wann? |
| - haben Sie Atempausen? | <input type="radio"/> nein / <input type="radio"/> ja seit wann? |

- 4. Besteht eine Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) O nein / O ja**
- seit wann? seit wann insulinpflichtig?.....
- (Falls bekannt) letzter HbA1c-Wert: %
Sind Folgeschäden der Zuckerkrankheit bekannt?
- Nierenschäden nein / ja seit wann?
- Augenschäden nein / ja seit wann?
- Nervenschäden nein / ja seit wann?
- Fußschäden nein / ja seit wann?
- 5. Haben Sie Herzkrankheiten? O nein / O ja**
- welche?
.....
- 6. Durchblutungsstörungen der Beine O nein / O ja**
- beschwerdefreie Gehstrecke ca.Meter
- 7. Durchblutungsstörungen des Gehirns/Schlaganfall O nein / O ja**
- wann?
- 8. Leiden Sie an Mandelentzündungen?**
- 9. Gelenk- oder Rückenbeschwerden?**
.....
- 10. Rauchen Sie oder haben Sie geraucht / wieviel?**
- 11. Sonstige schwerwiegende Erkrankungen oder Operationen?**
.....
.....
.....
.....
- 12. Nierenerkrankungen oder Bluthochdruck in der Familie?**
 nein / ja wer? woran?.....
- 13. Haben Sie in der letzten Zeit Kontrastmittel bei Röntgenuntersuchungen erhalten? O nein / O ja**
- 14. Besteht eine Allergie? O nein / O ja**
- wogegen?

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Dr. med. Ralf Schmidt
Dr. med. Ruth Fischer

Dr. med. Gunnar Bücken
Dr. med. Ludger Köster

Dr. med. Andreas Atzeni