



Anamnesefragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient.

Herzlich willkommen im Centrum für Nieren und Hochdruckkrankheiten (CfNH).

Um Ihre Krankengeschichte möglichst umfassend erfassen zu können, möchten wir Sie bitten die folgenden Fragen sorgfältig zu beantworten. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht. Füllen sie bitte auch das Formular zur Datenschutzerklärung mit aus. Sie können die Fragebögen von unserer Homepage aus gerne ausdrucken, vor Ihrem Behandlungstermin in aller Ruhe zu Hause ausfüllen und zu Ihrem Praxistermin mitbringen.

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtstag:** ____ . ____ . ____

Straße: _____ Nr: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____ Land: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____ Fax: _____

Hausarzt: _____ Adresse/Telefon: _____

Aktuelle Beschwerden: _____

Übelkeit: Appetitlosigkeit: Luftnot: Ödeme:

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg Gewichtsabnahme/-zunahme: _____ kg

Beruf: _____ Familienstand: _____ Kinder: _____

Allergien: _____

Nierenerkrankungen (falls bekannt letzter Kreatinin-Wert): _____

Bluthochdruck (arterielle Hypertonie) (seit): _____ Aktuell Werte um (mmHg): _____

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) (seit): _____ Diät: medikamentös: insulinpflichtig:

Erhöhte Cholesterinwerte: LDL-Hypercholesterinämie: Fettstoffwechselstörung:

Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose): Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose):

Hashimoto Thyreoiditis: andere Schilddrüsenenerkrankung: _____

KHK: _____ Bypass OP: _____ Stentanlage: _____

Herzinsuffizienz: _____ Herzschrittmacher: _____ Defibrillator: _____

Herzklappenerkrankung (welche Klappe?): _____

pAVK (Schaufensterkrankheit): Thrombosen der Venen: Lungenembolie:

Andere Gefäßerkrankungen: _____



Anamnesefragebogen

häufiges Nasenbluten: Häufig blaue Hautflecken/Hämatome: Blutverdünner:

Tumorerkrankungen (bekannt seit/OP/Chemo): _____

Hepatitis A: Hepatitis B: Hepatitis C: HIV: Tuberkulose:

Andere Infektionskrankheiten: _____

COPD _____ Asthma bronchiale: _____ andere Lungenerkrankung: _____

Lebererkrankungen: _____ Magen-Darm-Erkrankungen: _____

Bauchspeicheldrüse: _____ Augen: _____ Hals/Nasen/Ohren: _____

Schlaganfall: _____ Hirnblutung: _____ Epilepsie: _____

Andere neurologische Erkrankungen _____

Psychiatrische Erkrankungen (seit wann): _____

Andere (chronische) Erkrankungen: _____

Operationen (Jahr der OP): _____

Impfungen (laut Impfpass): _____

Nur für Patientinnen: Schwangerschaften: _____ Geburten: _____ Fehlgeburten: _____

Rauchen Sie? Nichtraucher: Raucher: seit: (Jahre/Zigaretten pro Tag): _____

Habe früher geraucht (von-bis, Zigaretten/Zigarren/Pfeife pro Tag): _____

Trinken Sie Alkohol? Nein: Ja: Bier: Wein: Schnaps/Hochprozentiges:

Menge: _____ Häufigkeit: gelegentlich: täglich: pro Woche:

Aktuelle Medikamenteneinnahme:

Name oder Wirkstoff	Dosierung	Morgens	Mittags	Abends	Nacht

Datum und Unterschrift des Patienten

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.