

# Anamnesebogen

KfH-Nierenzentrum Berlin-Köpenick, Erwin-Bock-Straße 5

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

willkommen in unserer Spezial-Ambulanz! Um Sie bestmöglich behandeln zu können, bitten wir Sie vorab um die Beantwortung wichtiger Fragen. Diese Informationen werden nur für den internen ärztlichen Gebrauch genutzt.

Name:

Bisherige Krankenhausaufenthalte und Operationen

Wann und wo?

Welche **Vor-Erkrankungen** werden bei Ihnen behandelt?

Seit wann? Name des Facharztes?

Aktuelles Gewicht:

Körpergröße:

Wurde schon früher eine Nierenerkrankung festgestellt?

Ja

Nein

Wenn ja, wann und was genau?

Sind Sie Diabetiker?

Ja

Nein

Spritzen Sie Insulin?

Ja

Nein

Bekannte Herzerkrankungen?

Ja

Nein

Welche?

Herzkatheter-Untersuchungen?

Ja

Nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder künstliche Herzklappen?

Ja

Nein

Leiden Sie unter Luftnot?

Ja

Nein

Hatten Sie mal einen Schlaganfall?

Ja

Nein

Bleibende Lähmungen:

Ja

Nein

Benötigen Sie eine Gehilfe?

Ja

Nein

Sind Gerinnungsstörungen oder Thrombosen bekannt?

Ja

Nein

Sind Sie in urologischer Betreuung?

Ja

Nein

Wurden bei Ihnen jemals Tumor-Erkrankungen diagnostiziert?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wie viele Zigaretten pro Tag?		
Wie viel Alkohol trinken Sie pro Woche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie regelmäßig Schmerzmedikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja: Welche und wie häufig?		
Wo sitzen die Schmerzen?		
Nehmen Sie Gelegenheitsmittel (Abführ-, Schlaf-, Natur-Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?		
Präparate zum Muskelaufbau?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind in der <u>Familie</u> (Eltern/Geschwister/Kinder) Nierenkrankheiten oder Tumore aufgetreten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zuletzt ausgeübter Beruf:		
Familienstand:		
Wurde ein Grad der Behinderung bewilligt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurde eine Pflegestufe bewilligt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?		
Haben Sie eine Patienten-Verfügung verfasst?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Aktueller Medikamentenplan:

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

Wie können wir Sie erreichen?

Telefon:

Angehörige:

**Vielen Dank für die Beantwortung!**

Dieser Bogen soll nicht das ärztliche Gespräch ersetzen! Wir werden die Fragen noch einmal mit Ihnen gemeinsam durchgehen.