Nieren Zentrum Düren

Name: Vorname: Geb.-Datum ID:

Liebe Patientin, lieber Patient!
Sie sind von Ihrem Hausarzt oder einem anderen Facharzt zu uns überwiesen worden. Durch die Beantwortung der folgenden Fragen helfen Sie uns, Ihre Erkrankung möglichst schnell und vollständig abzuklären.

Warum sind Sie überwiesen worden?

- ☐ Nierenerkrankung seit……
- ☐ Bluthochdruck seit……
- ☐ sonstiges ……

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

- ☐ Nierenerkrankung seit……
- ☐ Bluthochdruck seit……
- ☐ Diabetes seit……
  - Therapie mit ☐ Diät ☐ Tabletten ☐ Insulin
- ☐ Herzinfarkt wann……..
- ☐ Schlaganfall wann……..

Sonstige Erkrankungen …….

Welche Erkrankungen sind bei Verwandten bekannt?

☐ Nierenerkrankung ☐ Bluthochdruck ☐Diabetes ☐sonstiges…….

Welche Operationen oder Krankenhausaufenthalte haben Sie wann gehabt?

- ☐……Jahr…… ☐……..……....Jahr……
- ☐……Jahr…… ☐……..Jahr……
- ☐……Jahr…… ☐……..Jahr……

Welche Risikofaktoren bestehen bei Ihnen?

- ☐ erhöhte Blutfette ☐ Gicht
- ☐ Alkohol ☐ Nikotin
- ☐ Allergie……

Welche Beschwerden haben Sie zurzeit?

……

Blutdruck li:……../…….. mmHg, re:……..…../……mmHg, HF: ….……/min.
Größe: ……..…..….cm, Gewicht:……...kg, BMI: ……..…kg/m, Taille:……cm