

Dr. med. Uwe Novender
 Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie
 Hypertensiologe DHL und Lipidologe DGFF

PD Dr. med. Peter Nickel
 Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie
 Hypertensiologe DHL und Lipidologe DGFF



Alwall-Haus
 Nephrologie in Berlin-Pankow
 Schwerpunktpraxis für Nierenheilkunde
 ambulante Dialyse und Apherese

Alwall-Haus Viereckweg 1-3 13125 Berlin

Aufnahme-Anamnese-Bogen Niere

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Datum _____

Pat.-ID _____

Fam.-Name: _____ Vorname: _____

Tägliche Trinkmenge:

eher 1 Liter zwischen 1 und 2 Liter eher 2 Liter mindestens __ Liter

Gewichtsverhalten in den letzten 6 Monaten

Konstant Gewichtszunahme von: _____ kg Gewichtsabnahme von: _____ kg

Appetit:

gut mäßig weniger als üblich schlecht

Nachtschweiß/Leistungsknick:

Nachtschweiß mit Wäschewechsel ja nein Leistungsknick ja nein

Infekt:

Aktuell Fieber ja nein Deutlich infekтанfällig ja nein

Medikamente:

Neue Medikamente in den letzten 12 Monaten ja nein
 Ggf. Name der neuen Medikamente: _____

RöntgenKontrastmittel (Herzkatheter oder CT mit Spritze/Infusion): ja nein

Allergien: ja nein
 Wenn ja, welche? _____

Abusus

Nikotin ja nein Alkohol jeden Tag ja nein Sonstiges: _____

Letzte Auslandsreise:

Datum und Ziel: _____ gesund zurückgekehrt? ja nein

Vorerkrankungen

	Nein	Ja	(Seit) wann (etwa)
Bluthochdruck			Meine Werte liegen häufig um: / mmHg
Diabetes mellitus			
Herzinfarkt/KHK			
Schlaganfall			
Herzrhythmusstörung			
Krebsleiden			

Operationen

Behandlung:

Letzte Behandlung in der Klinik: wann _____

Wo _____

Weswegen _____

Regelmäßige Hausarztbesuche ja nein
Regelmäßige Facharztbesuche (z.B.Kardiologie, Urologie etc.) ja nein

Vegetative Anamnese:

Ist Ihr Urin rot (sichtbares Blut)? ja nein

Ggf. letzter Tag der letzten Regelblutung: _____

Haben Sie Flankenschmerzen? ja nein

Wenn ja, seit wann?

Nächtliches Wasserlassen? ja nein

Wenn ja, wie oft? _____

Schmerzen beim Wasserlassen? ja nein

Wassereinlagerungen in den Füßen oder Unterschenkeln? ja nein

Wenn ja, seit wann?

Haben Sie Luftnot? ja nein

Wenn ja, seit wann?

Haben Sie linksseitige Brustschmerzen? ja nein

Wenn ja, wie oft?

Haben Sie blutigen Husten oder blutigen Schnupfen? ja nein

Haben Sie Durchfall? ja nein

Haben Sie Übelkeit? ja nein

Haben Sie Erbrechen? ja nein

Haben Sie Gelenkschmerzen? ja nein

Wenn ja, seit wann und welche Gelenke sind betroffen?

Haben Sie kleine rote Flecken oder Knötchen an der Haut bemerkt? ja nein

Ergänzungen und Sonstiges:

Unterschrift Patient: in