

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

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Datum _____

Pat.-ID _____

Fam.-Name: _____ Vorname: _____

Tägliche Trinkmenge:

☐ < 1 Liter ☐ 1-2 Liter ☐ > 2 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

Infekte: Aktuell Fieber ☐ ja ☐ nein

deutlich infektfälliger ☐ ja ☐ nein

Blasen- oder Nierenbeckenentzündungen:

☐ häufiger ☐ selten ☐ nein

Nierensteine bekannt:

☐ ja ☐ nein

Nierenerkrankungen in der Familie bekannt ?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wer und wie schwer ? _____

Schmerzmittel (Ibuprofen/Diclofenac/Naproxen/Etoricoxib):

☐ häufiger ☐ selten ☐ nein

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

Wassereinträge 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 _____