



Fragebogen für Neupatienten

Persönliche Angaben

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Größe:

Mobil:

Gewicht:

Allgemeine Angaben zum Gesundheitszustand

Hausarzt (Name, Ort):
Weitere Ärzte, bei denen Sie in regelmäßiger Behandlung sind:
Letzter Krankenhausaufenthalt (Jahr, Grund, Krankenhaus):
Allergien:
Trinkmenge pro Tag (Alle Getränke):

Aktuelle Angaben zur derzeitigen Erkrankung

Wann wurde erstmals bei Ihnen eine Nierenerkrankung festgestellt?	
Waren Sie schon einmal bei einem Facharzt für Internistische- oder Nierenerkrankungen (Nephrologen)?	
Sind bei Ihnen ansteckende Erkrankungen, wie zum Beispiel Hepatitis (A, B oder C), HIV, MRSA bekannt?	

Angaben zu Vorerkrankungen

Was	Ja	Nein	Seit wann
Bluthochdruck			
Diabetes			
Herzinfarkt			
Schlaganfall			
Rheuma			
Herzrhythmusstörung			
Krebs			
Lungenerkrankung			
Cholesterinerhöhung			
Lebererkrankung			
Gallenprobleme			

Was	Ja	Nein	Was	Ja	Nein
Geschwollene Beine			Herzrasen		
Atemnot			Gelenkschmerzen		
Nächtliches Wasserlassen			Nierenkoliken oder -steine		
Schmerz beim Wasserlassen			Prostata Erkrankung		
Blut oder Schaum im Urin			Raucher		
Hauterkrankungen			Übermäßiger Alkoholkonsum		

Medikamente

Nur ausfüllen, wenn Sie keinen Medikamentenplan vorgelegt haben

Medikament	Dosierung
Welche Medikamente haben Sie nicht vertragen	



Folgende Fragen **bitte nur** bei einer Überweisung zur Hypertonieabklärung beantworten

Fragen zur Hypertonieabklärung (Bluthochdruck)

Wann wurde erstmals bei Ihnen ein Bluthochdruck festgestellt?	
Seit wann nehmen Sie blutdrucksenkende Medikamente ein?	

	Ja	Nein
Salzen Sie Ihr Essen regelmäßig nach, wenn Sie nicht zu Hause essen?		
Nehmen Sie Verhütungsmittel ein?		
Stehen Sie derzeit beruflich unter erhöhter Belastung?		
Schnarchen Sie?		
Fühlen Sie sich morgens ausgeruht?		
Stehen Sie dauerhaft beruflich unter erhöhter Belastung?		
Plötzliches Herzrasen		
Essen Sie übermäßig viel Lakritze?		
Leiden Sie an ausfallsartigem Blutdruck-Erhöhungen?		
Gibt es derzeit andere Belastungen für Sie? (Familie, Gesundheit, Finanzielle Sorgen)		

Welche Schmerzmittel nehmen Sie in welcher Anzahl regelmäßig ein?							
	1-2x pro Monat		1x in der Woche		Mehrmals wöchentlich		täglich

Wie viele Zigaretten rauchen Sie am Tag							
	Keine		1-5		6-10		Über 10

Gehen Sie einer regelmäßigen körperlichen Betätigung nach? Wenn ja, welcher:		
Häufigkeit pro Woche:		Dauer in Minuten: