



## ERSTANAMNESE

Hiermit bestätigen wir Ihnen die soeben getroffene Terminabsprache zu einer nephrologischen bzw. hypertensiologischen Untersuchung in unserer Praxis.

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

**Praxis Siegburg**  
Humperdinckstr 10-14 | 53721 Siegburg

**Praxis Eitorf**  
Bahnhofstraße 26 | 53783 Eitorf

Bei Ihrem ersten Termin werden wir ergänzend zu den von Ihnen mitgebrachten Befunden Blut- und Urinuntersuchungen durchführen. Besonders wichtig ist uns dabei die Untersuchung einer 24 Stunden lang gesammelten Urinprobe, für die wir Sammelgefäße für Sie mit ausgiebiger Erklärung des Sammelvorganges zum Abholen bereithalten. Bitte holen Sie diese mindestens drei Tage vor Ihrem ersten Termin bei uns ab.

Bei Ihrem zweiten Termin sollten dann alle relevanten Befunde und Berichte vorliegen, wobei der Arzt Sie untersucht, die Ergebnisse mit Ihnen bespricht, eine Ultraschalluntersuchung durchführt und dann wahrscheinlich schon abschließend zu Ihren Fragen und der Fragestellung Ihres überweisenden Arztes Stellung nehmen kann. Bei Vorliegen Ihrer Einverständniserklärung können wir dann Ihrem überweisenden Arzt und Ihrem Hausarzt den endgültigen Arztbrief zusenden.

Da wir ein möglichst vollständiges Bild Ihres Gesundheitszustandes erheben möchten, bitten wir Sie, zusätzlich zum ausgefüllten beiliegenden Fragebogen möglichst viele Untersuchungsergebnisse / Arztberichte / Befunde Ihres Hausarztes / tabellarische Auflistung Ihrer Krankengeschichte / Mutterpass / usw. mitzubringen, ggf. ergänzt um ein Blatt Ihrer Wahl, falls der Platz auf dem Fragebogen nicht ausreicht.

Schon im Vorfeld machen wir darauf aufmerksam, dass es sich bei unserer Praxis um eine Gemeinschaftspraxis mit mehreren Tätigkeitsfeldern und mehreren Ärzten handelt, die sich im ambulanten Praxisdienst im Wochenrhythmus abwechseln. Es ist damit also wahrscheinlich, dass Sie bei Vereinbarung weiterer Termine nicht unbedingt auf den gleichen Arzt treffen. Da wir uns untereinander aber ständig absprechen, werden sie von allen Ärzten nach den gleichen medizinischen Prinzipien behandelt. Da wir viel mit dem Krankenhaus zusammenarbeiten, können wir bei Notfällen nicht unbedingt die minutengerechte Einhaltung vereinbarter Termine garantieren. Bei Verzögerungen werden Sie die Arzthelferinnen aber informieren oder fragen Sie bitte selber nach.

### Wir bitten noch um folgende Unterlagen:

- Versichertenkarte
- Überweisung Ihres Hausarztes / überweisenden Arztes

### Wenn vorhanden:

- Diabetikerpass
- Allergiepass
- Impfausweis
- Schwerbehindertenausweis
- Betreuungsurkunde
- Nachweis Anerkennung einer Pflegestufe
- aktuelle Medikamentenverordnung
- Einverständniserklärung



## FRAGEBOGEN ZUR VORBEREITUNG DES ERSTEN GESPRÄCHES:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### 1. OPERATIONEN/UNFÄLLE

Wann/Welche?

Wo behandelt ?

---

---

---

---

### 2. KRANKENHAUS-/ REHA-/ KUR-AUFENTHALTE

Wann/Warum?

Wo behandelt ?

---

---

---

---

### 3. MITBEHANDELNDE ÄRZTE

Name

Anschrift

---

---

---

---





#### 4. NIEREN

	Ja	Nein	(seit) wann?	ggf. welche?
Flankenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Brennen beim Wasser lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Schaumiger Urin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Roter/dunkler Urin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
nächtliches Wasser lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Wassereinlagerungen im Körper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Können Sie nachts flach schlafen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Behandlung durch Urologen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Nierensteine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Erhöhte Nierenwerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Wert: _____
Sonstiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____

#### 5. HOHER BLUTDRUCK

Ja	Nein	(seit) wann?	behandelt?	Ø Werte
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	_____

#### 6. ZUCKERKRANKHEIT (DIABETES MELLITUS)

Ja                       Nein

falls ja, bitte folgende Fragen >

Seit wann Diabetes?	_____
Wie häufig messen Sie den BZ?	_____
Wann Augenarzt?	_____
Wie groß ist Ihre Sehkraft?	_____
Empfindungsstörungen an den Beinen/Unterschenkeln?	_____
Fußprobleme?	_____
Ggf. seit wann Insulintherapie?	_____
Diabetikerschulung wann?	_____
Welcher Befund?	_____
Netzhaut-Laserungen?	_____
Letzter HBA1c-Wert?	_____
Sonstiges?	_____



## 7. GEFÄSSPROBLEME

Herzkranzgefäße (Infarkt/Angina pectoris/Herzkatheter) \_\_\_\_\_  
Schlaganfall? \_\_\_\_\_  
Durchblutungsstörungen der Beine? \_\_\_\_\_  
Länge der beschwerdefreien Gehstrecke? \_\_\_\_\_

## 8. GYNÄKOLOGIE

Wann letzte gynäkologische Untersuchung?

\_\_\_\_\_

Wo?

\_\_\_\_\_

## SCHWANGERSCHAFTEN

Anzahl \_\_\_\_\_

dabei hoher Blutdruck/Ödeme? \_\_\_\_\_

dabei Nierenprobleme? \_\_\_\_\_

sonstige Komplikationen? \_\_\_\_\_

Fehlgeburten \_\_\_\_\_

## 9. EIGENE ERKRANKUNGEN

Ohrenerkrankungen   \_\_\_\_\_

Mandelentzündungen   \_\_\_\_\_

Autoimmun-/rheumatologische Erkrankungen   \_\_\_\_\_

Hepatitis   \_\_\_\_\_

Sonstiges   \_\_\_\_\_

## 10. SONSTIGE ORGANE

Augen \_\_\_\_\_ Gehör \_\_\_\_\_ Schilddrüse \_\_\_\_\_

Atemwege \_\_\_\_\_ Leber \_\_\_\_\_ Galle \_\_\_\_\_

Magen \_\_\_\_\_ Darm \_\_\_\_\_ Bauchspeicheldrüse \_\_\_\_\_

Wirbelsäule \_\_\_\_\_ Knochen \_\_\_\_\_ Psyche \_\_\_\_\_

Nerven \_\_\_\_\_ Haut \_\_\_\_\_ Allergien \_\_\_\_\_

Gicht \_\_\_\_\_ Tumore \_\_\_\_\_ Sonstiges \_\_\_\_\_

Tuberkulose \_\_\_\_\_ hormonelle Erkrankungen \_\_\_\_\_ Gelenke \_\_\_\_\_



### 11. BLUTTRANSFUSIONEN

Ja     Nein     Wann? \_\_\_\_\_

### 12. MEDIKAMENTE U.Ä.:

Einnahme von Schmerzmitteln?    Ja     Nein     Welche? \_\_\_\_\_

Röntgen-Kontrastmittel im letzten Jahr?    Ja     Nein     Wann? \_\_\_\_\_

### 13. ALLGEMEINES

Rauchen    aktuell: \_\_\_\_\_    früher: \_\_\_\_\_

Alkohol    aktuell: \_\_\_\_\_    früher: \_\_\_\_\_

Beruf    erlernt: \_\_\_\_\_    ausgeübt: \_\_\_\_\_

Bewegung     Gehhilfe     Rollator     Rollstuhl nötig?

### 14. ERKRANKUNGEN BEI VERWANDTEN

Ja    Nein    Wer?    ggf. welche?

Nierenerkrankungen            \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

hoher Blutdruck            \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

Tumorerkrankungen            \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

Herzinfarkt/Schlaganfall            \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

Erbkrankheiten            \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)            \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

Dialysepatienten            \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

### 15. ERREICHBARKEIT

PATIENT

ANGEHÖRIGER

Telefonnummer    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

Handy-Nummer    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

Emailadresse    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

Faxnummer    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_



## 16. AKTUELLE BESCHWERDEN

## 17. ALLERGIEN (Z. B. MEDIKAMENTE, KONTRASTMITTEL)

## 18. DERZEITIGE MEDIKAMENTE (BITTE GGF. ZUSÄTZLICHES BLATT BENUTZEN)

Name	Stärke	morgens	mittags	abends	zur Nacht





## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR ÜBERMITTLUNG VON DATEN AN BETEILIGTE ÄRZTE:

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG MIT DER BEHAND- LUNG DURCH ALLE ÄRZTE DER PRAXIS:

Nach § 73 Abs. 1b Sozialgesetzbuch V ist es uns nur mit Ihrem erklärten Einverständnis gestattet, jedwede bei Ihnen erhobenen Befunde an Ärzte weiterzugeben, sogar selbst dann, wenn Sie von diesen überwiesen wurden. Insofern bitten wir Sie auf einem Formular um Ihre entsprechende Unterschrift.

Durch die Größe der Praxis mit Dialyse, Konsiliararzt-Tätigkeit für Krankenhäuser, Schichtsystem etc. können wir nicht gewährleisten, dass Sie immer durch den gleichen Arzt behandelt werden. Es ist vielmehr wahrscheinlich, dass Sie auf mehrere Ärzte treffen werden. Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie uns, davon Kenntnis genommen zu haben und einverstanden zu sein.

Privatpatienten möchten wir darauf hinweisen und auch hiermit das Einverständnis einholen, dass wir bei Notwendigkeit auch Blut in Fremdlabore einsenden und Sie von dort eine separate Rechnung erhalten.

Hiermit erklärt sich Frau/Herr \_\_\_\_\_ damit einverstanden, dass dem Hausarzt und / oder an Ihrer Behandlung beteiligten Ärzten die Befunde und Behandlungsdaten gemäß § 73 Abs. 1b SGBV übermittelt werden. Mir wird hiermit zur Kenntnis gebracht, dass mehrere Ärzte in der Gemeinschaftspraxis tätig sind, die sich gegenseitig vertreten. Ich habe keinen Anspruch darauf, immer nur von demselben Arzt behandelt zu werden.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

