

Liebe PatientInnen,

gerne möchten wir Sie bitten den beigefügten Fragebogen vor Ihrer ersten Vorstellung auszudrucken und ggf. gemeinsam mit Ihren Angehörigen auszufüllen. Dies erleichtert uns Ihre Aufnahme!

Ganz herzlichen Dank und wir freuen uns, Sie in unserem Zentrum begrüßen zu können!

Ihr DaVita Duisburg Team

Personalien:

Name: _____	Vorname: _____
Straße/Haus-Nr. : _____	PLZ/Ort: _____
Tel. Privat _____	E-Mail: _____
Im Notfall zu benachrichtigen (alternativ Kontaktperson/Betreuer): _____	
Hausarzt: _____	
Überweisender Arzt: _____	
Mitbehandelnde Ärzte (z.B. Kardiologe, Pulmologe, Urologe, Frauenarzt?): _____	

Vorerkrankungen:

	Seit wann?
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck _____	_____
<input type="checkbox"/> Blutzuckerkrankheit (Diabetes) _____	_____
<input type="checkbox"/> Insulin? _____; <input type="checkbox"/> Tabletten? _____	_____
<input type="checkbox"/> Augenschädigung? Lasertherapie? Katarakt?	
<input type="checkbox"/> Wunden und offene Stellen der Füße?	
<input type="checkbox"/> Nervenschädigung _____	
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen _____	_____
<input type="checkbox"/> Nierensteine _____	_____
<input type="checkbox"/> Infektionen der Harnwege _____	_____
<input type="checkbox"/> Gicht _____	_____
<input type="checkbox"/> Herzschwäche _____	_____
<input type="checkbox"/> Herzinfarkte _____	_____
<input type="checkbox"/> Stents _____; <input type="checkbox"/> Bypass am Herzen _____	_____
<input type="checkbox"/> Schrittmacher (ICD) _____	_____
<input type="checkbox"/> unregelmäßiger Herzschlag _____	_____
<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen _____	_____
<input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankungen _____	_____
<input type="checkbox"/> Gelenkentzündungen _____	_____
<input type="checkbox"/> Rheumaerkrankungen _____	_____
<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen _____	_____
<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen _____	_____
<input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) _____	_____
<input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen _____	_____
<input type="checkbox"/> Operationen _____	_____
<input type="checkbox"/> Künstliche Gelenke _____	_____

Medikamente:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche? (Wenn kein Medikamentenplan - Dosis, Uhrzeit)

Unverträglichkeiten?

Blutverdünnende Mittel? ASS Marcumar (Phenprocoumon) Plavix (Clopidogrel)

Prasugrel Heparin Andere _____

Rezeptfreie oder Ernährungsergänzungsmittel? _____
Bedarfsmedikation? (insbes. Schmerzmittel. Welche? Wie oft?) _____

Vegetative Anamnese:

Wasserlassen (Wie oft? Nachts auch? Beschwerden?) _____

Stuhlgang _____

Trinkmenge pro Tag (in Litern) _____

Gewichtsänderungen? (Zu- oder Abnahme?) _____

Rauchen (Wie lange? Wie viel pro Tag?) _____

Trinken Sie Alkohol? _____

Nehmen Sie Drogen? _____

Sonstiges: _____

Familienanamnese:

Ledig Verheiratet Verwitwet
Haben Sie Kinder? _____ Sind sie gesund? _____

Erkrankungen bei Verwandten 1. Und 2. Grades (Krebs? Bluthochdruck? Zuckerkrankheit? Herzinfarkte? Schlaganfälle? Rheuma? Nierenkrankheiten? Dialysepflicht? Nierentransplantation? _____

Leben Ihre Eltern und Geschwister noch? Woran und in welchem Alter sind sie verstorben? _____

Krankenhausaufenthalte und fachärztliche Behandlung:

(Optional. zB. in den letzten 12 Monaten. Wann? Wo? Aus welchem Grund?)

Soziale und Berufsanamnese:

Sind sie berufstätig? Beruf _____ Seit wann? _____

Sind sie berentet? Wegen Berufskrankheit? _____ Seit wann? _____

Besteht eine Arbeits- oder Berufsunfähigkeit? _____ Seit wann? _____

Haben sie... _____

...einen Pflegegrad? _____ Sonstige Angaben: _____

...einen Schwerbehindertenausweis? _____

Datum, Ort

Unterschrift