

## Zwischenanamnese - Nephrologie

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Datum des Termins: \_\_\_\_\_

---

### 1. Veränderungen seit dem letzten Termin

- Hatten Sie neue oder veränderte Symptome?
  - Nein
  - Ja, welche: \_\_\_\_\_
- Wurden seit dem letzten Termin neue Diagnosen gestellt?
  - Nein
  - Ja, welche: \_\_\_\_\_
- Haben sich Ihre Laborwerte (z.B. Blut, Urin) geändert?
  - Nein
  - Ja, welche: \_\_\_\_\_

---

### 2. Nierenspezifische Beschwerden

- Haben Sie seit dem letzten Termin Nierenschmerzen oder Druckgefühl in der Nierengegend verspürt?
  - Nein
  - Ja, seit: \_\_\_\_\_
- Veränderungen der Urinmenge oder -farbe?
  - Nein
  - Ja, was hat sich verändert: \_\_\_\_\_
- Wassereinlagerungen (z.B. an den Beinen, Händen, Gesicht)?
  - Nein
  - Ja, seit: \_\_\_\_\_
- Hatten Sie Blut im Urin?
  - Nein
  - Ja, seit: \_\_\_\_\_

---

### 3. Blutdruck und Herz-Kreislauf

- Hatten Sie seit dem letzten Termin Probleme mit Bluthochdruck?
  - Nein
  - Ja, wie oft: \_\_\_\_\_
- Aktuelle Blutdruckwerte (falls bekannt): \_\_\_\_\_ mmHg
- Symptome wie Schwindel, Kopfschmerzen, Nasenbluten?
  - Nein
  - Ja, welche: \_\_\_\_\_

---

### 4. Fettstoffwechselstörungen

- Haben Sie seit dem letzten Termin neue Beschwerden im Zusammenhang mit erhöhten Blutfettwerten bemerkt?
  - Nein
  - Ja, welche: \_\_\_\_\_
- Hatten Sie Schmerzen in den Beinen bei Bewegung (Claudicatio intermittens)?

- Nein
  - Ja, seit: \_\_\_\_\_
- **Hat Ihr Arzt bei der letzten Untersuchung erhöhte Cholesterin- oder Triglyceridwerte festgestellt?**
  - Nein
  - Ja, welche: \_\_\_\_\_

---

#### 5. Aktuelle Medikation

- **Haben Sie Ihre Medikation seit dem letzten Termin geändert?**
  - Nein
  - Ja, was hat sich geändert: \_\_\_\_\_
- **Nehmen Sie alle verschriebenen Medikamente regelmäßig ein?**
  - Ja
  - Nein, welche nicht: \_\_\_\_\_
- **Haben Sie Nebenwirkungen durch die Medikation bemerkt?**
  - Nein
  - Ja, welche: \_\_\_\_\_

---

#### 6. Weitere relevante Informationen

- **Sind neue familiäre Erkrankungen aufgetreten (z.B. Nieren-, Herz- oder Stoffwechselerkrankungen)?**
  - Nein
  - Ja, welche: \_\_\_\_\_
- **Gibt es andere gesundheitliche Beschwerden oder Bedenken, die Sie ansprechen möchten?**

---