

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?**
-