

Erstanamnese

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Datum des Termins: _____

1. Allgemeine Informationen

- Größe: _____ cm
- Gewicht: _____ kg
- Blutgruppe (falls bekannt): _____
- Allergien: _____
- Raucher: ☐ Ja ☐ Nein
 - Falls ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____
- Alkoholkonsum: ☐ Ja ☐ Nein
 - Falls ja, wie oft und wie viel? _____

2. Medizinische Vorgeschichte

- Bekannte Nierenerkrankungen:
 - ☐ Nein
 - ☐ Ja, folgende: _____
 - ☐ Niereninsuffizienz ☐ Nierensteine ☐ Zystennieren
 - ☐ Dialyse ☐ Nierentransplantation
- Bluthochdruck (Hypertonie):
 - ☐ Nein
 - ☐ Ja, seit _____
 - Aktuelle Medikation: _____
- Fettstoffwechselstörungen (z.B. Cholesterinprobleme):
 - ☐ Nein
 - ☐ Ja, seit _____
 - Aktuelle Medikation: _____
- Diabetes:
 - ☐ Nein
 - ☐ Ja, seit _____
 - Aktuelle Medikation: _____
- Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen):
 - ☐ Nein
 - ☐ Ja, welche: _____

3. Symptome

- Nierenspezifische Symptome:
 - ☐ Schmerzen in der Nierengegend
 - ☐ Schwellungen (z.B. Beine, Gesicht)
 - ☐ Verminderte Urinausscheidung
 - ☐ Veränderungen der Urinfarbe: _____
 - ☐ Blut im Urin ☐ Schäumender Urin
 - ☐ Übelkeit / Erbrechen
 - ☐ Andere: _____

- **Blutdrucksymptome:**

- ☐ Kopfschmerzen
- ☐ Schwindel
- ☐ Nasenbluten
- ☐ Brustschmerzen
- ☐ Herzrasen
- ☐ Andere: _____

- **Fettstoffwechselsymptome:**

- ☐ Keine
- ☐ Schmerzen in den Beinen (z.B. bei Bewegung)
- ☐ Sichtbare Fettablagerungen (z.B. Xanthelasmen)
- ☐ Andere: _____

4. Familienanamnese

- **Nierenerkrankungen in der Familie:**

- ☐ Nein
- ☐ Ja, welche: _____

- **Bluthochdruck in der Familie:**

- ☐ Nein
- ☐ Ja, bei: _____

- **Fettstoffwechselstörungen in der Familie:**

- ☐ Nein
- ☐ Ja, bei: _____

5. Medikamentenübersicht – Optimalerweise Bundeseinheitlicher Medikationsplan (BMP)

- **Aktuell eingenommene Medikamente (inkl. Dosierung):**

- **Nahrungsergänzungsmittel / Vitamine:**

- ☐ Nein
- ☐ Ja, welche: _____

6. Zusätzliche Informationen

- **Weitere relevante Beschwerden oder Diagnosen:**

- **Fragen oder Anmerkungen an den Arzt:**
