

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:**
