MVZ DaVita Duisburg GmbH
Standort Hamborn (Nord), Duisburger Str 277, 47166 Duisburg (Ambulanz.Wedau@davita.com)
Standort Wedau (Süd), Zu den Rehwiesen 5, 47055 Duisburg (Ambulanz.Hamborn@davita.com)

Erstaufnahmebogen

Liebe Patientin,
lieber Patient,

um Ihnen die bestmögliche Behandlung bieten zu können, ist es entscheidend, dass wir uns ein umfassendes Bild Ihrer gesundheitlichen Situation und Vorerkrankungen machen können. Ihre Mithilfe bei den Vorarbeiten trägt maßgeblich dazu bei, dass wir Ihre Diagnose präzise stellen und individuell auf Ihre Bedürfnisse eingehen können.

Daher bitte wir Sie, die folgenden Unterlagen sobald wie möglich bei uns vorzulegen oder an uns zurückzuschicken:

- □ **Überweisung UND sofern vorhanden Ultraschallbefund von Niere und Blase**
- □ **Krankenhaus und Facharztberichte der letzten 5 Jahre**
- □ **Laborbefunde der letzten 5 Jahre**
- □ **aktueller Medikationsplan**

Zusätzlich möchte wir Sie bitten, den **beigefügten Fragebogen auszufüllen** und bei uns vorzulegen oder an uns zurückzuschicken. Diese Informationen sind für uns von großer Bedeutung, um die Dringlichkeit Ihrer Behandlung einzuschätzen und einen Vorstellungstermin zu planen.

Bitte beachten Sie, dass unsere Kapazitäten für Sprechstunden begrenzt sind. Die Planung und Terminierung der Sprechstunden erfolgt daher auf Basis der von Ihnen bereitgestellten Informationen. Ihre Mithilfe ist daher von großer Bedeutung, um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Kooperation.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr DaVita Duisburg Team

② Fragebogen

Vorname und Name:_____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: Festnetz:_____
Handynummer: _____

Angehöriger (Name/Beziehung/Handynummer): _____

Hausarzt/Überweisender Arzt: _____

Bitte nennen Sie uns den Grund **Ihrer** Vorstellung!

_____

_____

Was sind **Ihre** aktuellen Beschwerden?

_____

_____

Bitte jeweils die zutreffende Antworten ankreuzen und ggf. ergänzen:

Wassereinlagerungen/ Ödeme?
ja nein Wo, z.B. Knöchel?_____

Luftnot? ja nein seit wann:_____ in Ruhe? bei Belastung?

Gelenkbeschwerden: ja nein Wo?_____

Nehmen Sie regelmäßig **Schmerzmedikamente** ein, z.B. Diclofenac-Ibuprofen-Voltaren-Arcoxia-Naproxen-Thomapyrin-andere? ja nein

Hautveränderungen: ja nein Lokalisation/wo? _____

Appetit: schlecht normal

Trinkmenge pro Tag: _____ml

Auffälligkeiten beim Wasserlassen:

- keine
- Schäumen des Urins
- Blut im Urin
- Häufiges Wasserlassen
- Nächtliches Wasserlassen wie oft:_____
- Brennen beim Wasserlassen
- Erschwertes Wasserlassen

Stuhlgang: normal Verstopfung Durchfall ggf. Farbe:_____

Körpergewicht: Aktuell_____kg

Gewichtsabnahme? Wieviel in welcher Zeit?_____

Gewichtzunahme? Wieviel in welcher Zeit?_____

Raucherstatus: ja nein Wie viele pro Tag?_____

Seit wann rauchen Sie: _____

Ex-Raucher seit: _____

Alkohol: ja nein täglich gelegentlich

Welche Vorerkrankungen liegen bei Ihnen vor:

Arterielle Hypertonie (Bluthochdruck) : ja nein

Wenn ja, seit wann bekannt: _____

Diabetes mellitus: ja nein

Wenn ja, Typ? 1 / 2 Seit wann bekannt? _____Seit wann Insulin? _____

Herzinsuffizienz/-schwäche: ja nein

Herzinfarkt: ja nein Datum:_____

Koronare Herzkrankheit: ja nein Datum:_____

Herzkatheteruntersuchung: ja nein Datum:_____

Stent: ja nein Datum:_____

Bypass -Operation: ja nein Datum:_____

Herzrhythmusstörungen: ja nein Datum:_____

Vorhofflimmern: ja nein Datum:_____

Krebserkrankungen: ja nein Datum_____

Welche Krebserkrankung, bitte aufführen: _____

Wurde eine Strahlentherapie/ Chemotherapie durchgeführt: ja nein wann?_____

Wurden bei **Ihnen** in den letzten 2 Jahren Operationen durchgeführt: ja nein

Datum _____ und welche?

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt? Bitte ankreuzen und aufführen, um wen es sich handelt

Nierenerkrankungen: ja nein Wer?_____

Koronare Herzerkrankung ja nein Wer?_____

Schlaganfall ja nein Wer?_____

Krebs ja nein Wer?_____

Sozialanamnese

Beruf: _____

Zuletzt ausgeübter Beruf: _____

Rentner : ja nein seit_____

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet

Kinder: ja nein Wie viele?_____

Schwerbehindertenausweis: Wieviel Prozent?_____

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Patientenverfügung: ja nein
Gesetzliche Betreuung: ja nein

Medikamentenallergien: ja nein

Wenn ja, welche: _____