



Liebe PatientInnen,

gerne möchten wir Sie bitten den beigefügten Fragebogen vor Ihrer ersten Vorstellung auszudrucken und ggf. gemeinsam mit Ihren Angehörigen auszufüllen. Dies erleichtert uns Ihre Aufnahme!

Ganz herzlichen Dank und wir freuen uns, Sie in unserem Zentrum begrüßen zu können!

Ihr DaVita Duisburg Team

Personalien:

Name: _____ Vorname: _____
 Straße/Haus-Nr. : _____ PLZ/Ort: _____
 Tel. Privat _____ E-Mail: _____
 Im Notfall zu benachrichtigen (alternativ Kontaktperson/Betreuer): _____
 Hausarzt: _____
 Überweisender Arzt: _____
 Mitbehandelnde Ärzte (z.B. Kardiologe, Pulmologe, Urologe, Frauenarzt?): _____

Vorerkrankungen:

		Seit wann?
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	_____	_____
<input type="checkbox"/> Blutzuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Insulin? _____; <input type="checkbox"/> Tabletten? _____	_____
	<input type="checkbox"/> Augenschädigung? Lasertherapie? Katarakt?	
	<input type="checkbox"/> Wunden und offene Stellen der Füße?	
	<input type="checkbox"/> Nervenschädigung	
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	_____	_____
<input type="checkbox"/> Nierensteine	_____	_____
<input type="checkbox"/> Infektionen der Harnwege	_____	_____
<input type="checkbox"/> Gicht	_____	_____
<input type="checkbox"/> Herzschwäche	_____	_____
<input type="checkbox"/> Herzinfarkte	<input type="checkbox"/> Stents _____; <input type="checkbox"/> Bypass am Herzen _____	_____
<input type="checkbox"/> Schrittmacher (ICD)	_____	_____
<input type="checkbox"/> unregelmäßiger Herzschlag	_____	_____
<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen	_____	_____
<input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankungen	_____	_____
<input type="checkbox"/> Gelenkentzündungen	_____	_____
<input type="checkbox"/> Rheumaerkrankungen	_____	_____
<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen	_____	_____
<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen	_____	_____
<input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie)	_____	_____
<input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen	_____	_____
<input type="checkbox"/> Operationen	_____	_____
<input type="checkbox"/> Künstliche Gelenke	_____	_____

Medikamente:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche? (Wenn kein Medikamentenplan - Dosis, Uhrzeit)

Unverträglichkeiten *Allergien?*

Blutverdünnende Mittel? ASS Marcumar Plavix (Clopidogrel)
 Xarelto (Phenprocoumon) *Eliquis* *Warfarin*
 Prasugrel Heparin Andere _____

Rezeptfreie oder Ernährungsergänzungsmittel?

Bedarfsmedikation? (insbes. Schmerzmittel. Welche? Wie oft?)

Vegetative Anamnese:

Wasserlassen (Wie oft? Nachts auch? Beschwerden?) _____

Stuhlgang _____

Trinkmenge pro Tag (in Litern) _____

Gewichtsänderungen? (Zu- oder Abnahme?) _____

Rauchen (Wie lange? Wie viel pro Tag?) _____

Trinken Sie Alkohol? _____

Nehmen Sie Drogen? _____

Sonstiges: _____

Familienanamnese:

Ledig Verheiratet Verwitwet

Haben Sie Kinder? _____ Sind sie gesund? _____

Erkrankungen bei Verwandten 1. Und 2. Grades (Krebs? Bluthochdruck? Zuckerkrankheit? Herzinfarkte? Schlaganfälle? Rheuma? Nierenkrankheiten? Dialysepflicht? Nierentransplantation? _____

Leben Ihre Eltern und Geschwister noch? Woran und in welchem Alter sind sie verstorben? _____

Krankenhausaufenthalte und fachärztliche Behandlung:

(Optional. zB. in den letzten 12 Monaten. Wann? Wo? Aus welchem Grund?)

Soziale und Berufsanamnese:

Sind sie berufstätig? Beruf _____ Seit wann? _____

Sind sie berentet? Wegen Berufskrankheit? _____ Seit wann? _____

Besteht eine Arbeits- oder Berufsunfähigkeit? _____ Seit wann? _____

Haben sie...

...einen Pflegegrad? _____ Sonstige Angaben: _____

...einen Schwerbehindertenausweis? _____

Datum, Ort

Unterschrift