

Erstaufnahmebogen

Liebe Patientin,
lieber Patient,

bevor Sie sich bei uns vorstellen können, möchten wir Sie bitten

- ① die unten angegeben Unterlagen vorzulegen und
- ② den beigefügten Fragebogen ggf. gemeinsam mit Ihren Angehörigen auszufüllen, bzw. anzukreuzen.

Auf Grundlage der Daten können wir entscheiden, wann sie sich bei uns vorstellen können und werden uns bei Ihnen melden!

Ihr DaVita Duisburg Team

① Erforderliche Unterlagen

- Überweisung UND ggf. sonografisch Ausschluss einer postrenale Nierenfunktionsstörung durch HausärztIn**
- Krankenhaus und Facharztberichte der letzten 5 Jahre**
- Laborbefunde der letzten 5 Jahre**
- aktueller Medikationsplan**

② Fragebogen

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 richtige Antwort in (Klammern) ankreuzen und ggf. ergänzen:

Wassereinlagerungen/ Ödeme?

(ja) Wo? _____ (nein)

Luftnot?

- (ja) seit wann: _____ (nein)
- (in Ruhe) (bei Belastung)

Gelenkbeschwerden: (ja) Wo? _____ (nein)

Nehmen Sie regelmäßig **Schmerzmedikamente** ein? (ja) (nein)

- Diclofenac-Ibuprofen-Voltaren-Arcoxia-Naproxen-Thomapyrin-andere?

Hautveränderungen: (ja) Lokalisation/wo? _____ (nein)

Appetit: (mäßig) (schlecht) (normal)

Trinkmenge pro Tag: _____ ml

Auffälligkeiten bitte ankreuzen:

Wasserlassen: (nein)

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

Stuhlgang: (Verstopfung) (Durchfall) (normal)

Gewichtsverhalten: Aktuell _____ kg, konstant seit _____ Monaten

Abnahme _____ kg in _____ Monaten

Zunahme _____ kg in _____ Monaten

Raucherstatus: (ja) Wie viele pro Tag? _____ (nein)

Seit wann rauchen Sie: _____

Ex-Raucher seit: _____

Alkohol: (Täglich) (Gelegentlich) (nein)

Welche Vorerkrankungen liegen bei Ihnen vor:

Arterielle Hypertonie (Bluthochdruck) : (ja) (nein)

Wenn ja, seit wann bekannt: _____

Diabetes mellitus: (ja) (nein)

Wenn ja, seit wann bekannt, ggf. seit wann Insulin: _____

Herzinsuffizienz/-schwäche: (ja) (nein)

Herzinfarkt: (ja) Datum: _____ (nein)

Koronare Herzkrankheit: (ja) Datum: _____ (nein)

Herzkatheteruntersuchung: (ja) Datum _____ (nein)

Stent: (ja) Datum _____ (nein)

Bypass -Operation: (ja) Datum: _____ (nein)

Herzrhythmusstörungen: (ja) (nein)

Vorhofflimmern: (ja) (nein)

Krebserkrankungen: (ja) Datum _____ (nein)

Welche Krebserkrankung, bitte aufführen: _____

Wurde eine Strahlentherapie/ Chemotherapie durchgeführt: (ja) wann _____ (nein)

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

(ja) Datum _____ und welche? (nein)

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

Nierenerkrankungen: (ja) Wer? _____ (nein)

Koronare Herzerkrankung (ja) Wer? _____ (nein)

Schlaganfall (ja) Wer? _____ (nein)

Krebs (ja) Wer und was? _____ (nein)

Sozialanamnese

Erlerner Beruf: _____

Zuletzt ausgeübter Beruf: _____

Rentner : (ja), seit wann: _____ (nein)

Familienstand: (ledig) (verheiratet) (verwitwet)

Kinder: (ja) Wieviele Kinder: _____ (nein)

Schwerbehindertenausweis: (ja) Wieviel Prozent? _____ (nein)

Pflegegrad: (1) (2) (3) (4) (5)

Patientenverfügung: (ja) (nein)

Gesetzliche Betreuung: (ja) (nein)

Medikamentenallergien: (ja) (nein)

Wenn ja, welche: _____