

## Fragebogen zur Krankengeschichte



Praxis für Nieren- und  
Hochdruckkrankheiten

PD Dr. med. K. A. Brensing  
Dr. med. P. Raab  
PD Dr. med. U. Pöge  
PD Dr. med. T. Gerhardt

Fachärzte für Innere Medizin  
Nephrologie

Leistungsspektrum:

Nierenerkrankungen  
Hochdruckerkrankungen  
Transplantationsnachsorge  
Dialysezentrum

**Name, Vorname:**

**Datum:**

**Liebe Patientin, lieber Patient!**

**Um die Wartezeiten für Sie möglichst gering zu halten, möchten wir  
Sie bitten, nachfolgend einige Fragen zu beantworten.**

**Vielen Dank für Ihre Mühe!**

Wie können wir Sie am besten telefonisch erreichen (Festnetz, Mobiltelefon, Fax)?

Wer ist Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin:

Erfolgt eine Mitbehandlung beim Kardiologen (Herzspezialisten) oder Diabetologen (Diabetes-Spezialisten)?

Wurden Sie in den letzten Jahren im Krankenhaus behandelt (*bitte Angabe mit Namen des Krankenhauses und ungefährem Zeitpunkt*)?

Wurden Sie bereits einmal operiert (*bitte Angabe mit Art der Operation, Namen des Krankenhauses und ungefährem Zeitpunkt*)?

Besteht bei Ihnen ein erhöhter Blutdruck?

*Wenn ja, seit wann ist dies bekannt und seit wann müssen Sie Blutdruckmedikamente einnehmen?*

Ist ein Diabetes mellitus (Zuckererkrankung) bei Ihnen bekannt?

*Wenn ja, seit wann ist das bekannt und seit wann müssen Sie Medikamente dafür einnehmen?*

**Bitte wenden !!!**

Müssen Sie Medikamente einnehmen?

*Wenn ja, möchten wir Sie bitten uns mitzuteilen, welche Medikamente und in welcher Dosis Sie die Tabletten einnehmen. Sollten Sie eine Medikamentenliste mitgebracht haben, fertigen wir uns gerne eine Kopie an.*

Nehmen Sie bedarfsweise oder regelmäßig Schmerzmittel ein? *Wenn ja, welche?*

Leiden Sie unter Allergien oder Unverträglichkeiten?

Ihre Körpergröße:

Ihr aktuelles Gewicht:

✂ .....

**Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten  
gem. § 73 Abs. 1 b SGB V**

Ich \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum) (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.