

NAME: \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Waren Sie in den letzten Jahren bei Fachärzten NAMEN oder PRAXIS-ORT: NEIN

Kardiologe: ..... Ja

Orthopäde: ..... Ja

Radiologe: ..... Ja

Urologe: ..... Ja

Waren Sie in den letzten Jahren im KRANKENHAUS ? bitte ankreuzen NEIN

**JA im:** Heilig Geist / Vinzenz / Agatha / Elisabeth (Hohenlind) / Weyerthal /  
Uni-Klinik/ Franzikus/ Marien/ Antonius / Kalk / Severin/

Was führt Sie zu uns?

.....  
.....

Welche gesundheitlichen BESCHWERDEN haben Sie aktuell: KEINE

Ja, folgende:

.....  
.....Kennen Sie den Blut-Laborwert **KREATININ**? Ja

Wissen Sie Ihren letzten Wert .....

oder Vorwerte aus früheren Untersuchungen ? .....

**Wie ist Ihr augenblickliches Befinden:**

Appetit:	normal	mässig	schlecht	
Durst:	normal	groß	mässig	gering
Schlaf:	normal	mässig	schlecht	
Verdauung:	normal	Verstopfung	Durchfälle	
Schwitzen:	normal	verstärkt		
Nachtschweiß:	nie	selten	oft	
Juckreiz:	nie	selten	oft	
Fieber, Frösteln:	nie	selten	oft	
Alkohol:	nie	selten	wöchentlich	täglich

**Haben Sie Schmerzmittel – Tabletten wie VOLTAREN, DICLOFENAC, SPALT, THOMAPYRIN, IMBUN, IBUPROFEN, TOGAL, ARCOXIA eingenommen?**

**NIE FRÜHER JA heute: GELEGENTLICH HÄUFIG TÄGLICH**

**Wieviel Flüssigkeit trinken Sie pro Tag: 1 Liter 1,5 Liter 2 Liter mehr als 2 Liter**

**Nehmen Sie häufig „Wassertabletten“ (Diuretika) JA NEIN**  
**z.B. Lasix, Furosemid, Torasemid, HCT,**

**Zutreffendes bitte ANKREUZEN!**

Ist Ihnen nach eigener Erinnerung irgendwann einmal gesagt worden bzw. haben Sie beobachtet,

dass Sie:

Eiweiß im Urin hätten Ja wann?

Blut im Urin hätten Ja wann?

Rote Blutkörperchen im Urin hätten Ja wann?

Haben Sie:

aktuell Brennen beim Wasserlassen Ja

früher Harnwegsinfektionen durchgemacht Ja selten oft

Nierenkoliken gehabt Ja

Nierensteine bemerkt Ja

Wasser in den Beinen bemerkt Ja selten oft

Gelenkbeschwerden gehabt Ja

Hautveränderungen bemerkt Ja

Sind Sie schwerhörig? Ja

**Hoher Blutdruck (Hypertonie) bekannt? Ja**

Seit wann? .....

Seit wann behandelt? .....

Messen Sie selbst Ihren Blutdruck? Ja

Wenn ja:

wie ist der Durchschnitts-Blutdruck: .....

24-Stunden-Blutdruckmessung gemacht? Ja

**Diabetes mellitus bekannt? Ja seit:.....**

Wenn ja: Zuckerschäden bekannt

an den Augen? Ja

an den Nerven? Ja

an den Füßen? Ja

**Herzschäden bekannt? Ja**

Herzschwäche (Herzinsuffizienz)? Ja 2-3-4

Koronare Herzkrankheit? KHK? Ja 2-3-4

Herzinfarkt gehabt? Ja wann?.....

Herzkatheter erhalten? Ja wann?.....

Herz-STENT erhalten? Ja wann?.....

Herz-BYPASS erhalten? Ja wann?.....

Herzrhythmusstörungen gehabt? Ja

Vorhofflimmern/ Absoluta gehabt? Ja

Isolationstherapie am Herzen erhalten?	Ja	wann?.....
Herzschrittmacher erhalten?	Ja	wann?.....
Herz-DEFI-brillator erhalten?	Ja	wann?.....
Herzklappenschaden bekannt?	Ja	
Herzklappenersatz erhalten?	Ja	wann?.....
Luftnot beim Gehen?	Ja	nach wieviel Metern? .....

**Krankheit Leber oder Galle?**

Gallensteine bekannt?	Ja
Chronische Hepatitis?	Ja
Leberzirrhose?	Ja
Bauchspeicheldrüsenentzündung?	Ja

**Lungenkrankheit bekannt?**

Asthma bekannt?	Ja
COPD bekannt?	Ja
nächtliche Maskenbeatmung?	Ja
Lungenembolie?	Ja
Tuberkulose (TBC) durchgemacht?	Ja
Starkes Schnarchen /Atemaussetzer	Ja

**Magen-Darm-Krankheit bekannt?**

Darmpolyp?	Ja	wann entfernt?.....
Magengeschwüre ?	Ja	
Häufiges Sodbrennen? Refluxkrankheit?	Ja	
Magenschutz-Medikament (Omeprazol/Pantoprazol)	Ja	
Magen-Darm-Blutungen?	Ja	
Chronische Verstopfung?	Ja	
Hämorrhoiden?	Ja	
Divertikulitis?	Ja	
Durchfälle häufig?	Ja	

**Gefäßkrankheiten bekannt?**

Arterien verkalkt?	Ja	
Kurze Gehstrecke? Schaufensterkrankheit?	Ja	Schmerzen bei .....Metern
Aortenerweiterung?	Ja	
Ballonaufweitung der Arterien (PTA, Stent?)	Ja	wann?.....
Halsschlagader verengt oder operiert?	Ja	wann?.....
Beinvenenthrombose?	Ja	wann?.....
Krampfadern?	Ja	Stützstrümpfe? Ja
Offene Beine gehabt?	Ja	

**Schilddrüsenkrankheiten?**

Unterfunktion?	Ja	
Überfunktion?	Ja	
Knoten bekannt?	Ja	
Operiert?	Ja	wann? .....
Radio-Jod-Therapie?	Ja	wann? .....

<b>Neurologische Erkrankungen?</b>	Ja	
Schlaganfall?	Ja	wann? .....
Hirnblutung?	Ja	wann? .....
Lähmungen rechts? Links?	Ja	
unruhige Beine – restless legs	Ja	
Parkinson? Schüttellähmun?	Ja	
Polyneuropathie – Beinnervenschaden?	Ja	
Epilepsie – Krampfleiden?	Ja	
Alzheimer – Demenz?	Ja	
Migräne – Kopfschmerzen oft?	Ja	
<b>Psychiatrische Kankheiten?</b>	<b>Ja</b>	
Depression?	Ja	Behandlung mit Medikamenten? Ja
Angststörung?	Ja	
Schizophrenie?	Ja	
Psychose?	Ja	
<b>Knochen-/ Gelenk-Kankheiten bekannt?</b>	Ja	
Wirbelsäulen-/ Bandscheibenschäden ?	Ja	
Spinalkanalverengung ?	Ja	operiert? Ja
Gelenkarthrose ?	Ja	
Knie-Arthrose ?	Ja	
Hüft-Arthrose ?	Ja	
Osteoporose?	Ja	
Künstliches Hüftgelenk (TEP) ?	Ja	
Künstliches Kniegelenk (TEP) ?	Ja	
<b>rheumatische Krankheiten?</b>	<b>JA</b>	
Polymyalgia rheumatica	Ja	
Riesenzellarteriitis?	Ja	
Rheumatoide Polyarthritits	Ja	
<b>Zurückliegende Operationen?</b>	Ja	welche sonst? .....
Leistenbruch-OP?	Ja	
Gallenblasenentfernung?	Ja	
Blinddarmentfernung?	Ja	
Gebärmutterentfernung?	Ja	
Eierstockentfernung?	Ja	
Prostatachälung (TUR)?	Ja	
Darm-OP?	Ja	
Rachenmandelentfernung	Ja	
Schilddrüsenentfernung?	Ja	warum? .....
Künstlicher Ausgang, Stoma?	Ja	
<b>KREBS – Erkrankung bekannt?</b>	Ja	
Blutkrebs?	Ja	
Plasmozytom?	Ja	
Brustkrebs?	Ja	OP rechts oder links Chemo?
Darmkrebs?	Ja	

Künstlicher Darmausgang? Ja  
 Prostata-Carcinom? Ja OP? Bestrahlung? Chemo?  
 Andere Krebserkrankung? Welche ? .....

**Urologische Erkrankungen?** Ja  
 Zu große Prostata? Ja  
 Harninkontinenz? Ja  
 Prostata-Carcinom? Ja OP? Bestrahlung? Chemo?  
 Harnblasen-Carcinom? Ja  
 Neoblase? Ileum-Konduit? Ja

**INFEKTIONEN?**

MRSA-Besiedelung früher oder jetzt? Ja  
 4MRGN-Besiedelung früher oder jetzt? Ja

**Chronische Schmerzen?** Ja wo?.....

**Bewegungseinschränkungen:** Ja  
 Rollator? Ja Nein  
 Hilfsbedürftigkeit bei Bewegung? Ja Nein  
 Rollstuhlabhängigkeit? Ja Nein

**ALLERGIEN** bekannt? Ja  
 Welche?.....

**GEFÄßRISIKEN (KARDIOVASKULÄRE RISIKOFAKTOREN):**

Nikotin: .....nie  
**früher** über.....Jahre **Zigaretten** .....pro Tag ; **heute .... Zig./Tag**  
 Hohes Cholesterin? Ja  
 Nehmen Sie einen Fettsenker ein (z.B. Statin oder Fibrat) Ja  
 Nehmen Sie Allopurinol ein? Ja

**FAMILIEN – KRANKENGESCHICHTE/ ERBLICHE BELASTUNG:**

**Wer hatte in Ihrer FAMILIE:**

eine Nierenkrankheit: JA: Vater – Mutter – Geschwister  
 Bluthochdruck: ..... JA: Vater – Mutter – Geschwister  
 Herzinfarkt: im Alter von:..... JA: Vater – Mutter - Geschwister  
 Schlaganfall: im Alter von:..... JA: Vater – Mutter - Geschwister  
 Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus). : JA: Vater – Mutter - Geschwister  
 Fettstoffwechselstörungen (hohes Cholesterin): JA: Vater – Mutter – Geschwister

Mutter lebt – Alter? ..... verstorben mit ..... Jahren  
 Vater lebt – Alter? ..... verstorben mit ..... Jahren

**Lebenssituation**

Ledig – verheiratet – geschieden – Witwe(r) - alleinlebend – andere Lebensgemeinschaft

Haben sie Kinder?                                    nein                    Ja  
Sind die Kinder gesund?                        Ja                         nein

Haben sie einen Schwerbehindertenausweis?                    Nein    Ja, wie viel %? .....

Zusatz:    G       aG;

Ist bei Ihnen eine Pflegebedürftigkeit festgestellt?  Nein    Ja  GRAD 1 – 2 – 3 – 4 - 5

Leben Sie allein zu Hause?                                Ja  
Haben Sie eine Patientenverfügung?                        Ja  
Besteht eine gesetzliche Betreuung?                        Ja

Was sind bzw. waren Sie von Beruf bzw. wo haben sie gearbeitet?.....