

## ANAMNESEBOGEN

Name:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Größe:

Gewicht:

### VORERKRANKUNGEN:

Beschreibung	Ja (mit Angabe der Diagnose)	Nein
Herzerkrankungen		
Bluthochdruck		
Diabetes mellitus		
Durchblutungsstörungen der Beine		
Schlaganfall		
Nervenerkrankungen (z.B. Parkinson)		
Psychische Erkrankungen (z.B. Depression)		
Lungen- oder Bronchialerkrankungen		
Schilddrüsenerkrankungen		

#### ADRESSE

Krankenhausstr. 42a  
50354 Hürth

#### PRAXIS

Telefon: 02233 - 94 23 3 - 0  
Telefax: 02233 - 94 23 3 - 23

#### DIALYSEZENTRUM

Telefon: 02233 - 94 23 3 - 21  
Telefax: 02233 - 94 23 3 - 23

info@nierenzentrum-huerth.de  
www.nierenzentrum-huerth.de

Beschreibung	Ja (mit Angabe der Diagnose)	Nein
Krebserkrankungen		
Gelenkerkrankungen		
Autoimmunerkrankungen		
Chronische Schmerzen		
Nierenerkrankungen		
Andere Erkrankungen		
Allergien, Medikamentenunverträglichkeiten		

**OPERATIONEN:**

Was? (z.B. Hüft-OP links)	Welches Jahr?	Welches Krankenhaus?

**SIND NIERENERKRANKUNGEN IN DER FAMILIE BEKANNT?**

Ja →

Nein / unbekannt

Falls ja welche:


**MEDIKAMENTE:**

Alternativ genauen Medikamentenplan beifügen (bitte mit allen u.g. Angaben)

Name	Dosis	morgens	mittags	abends	nachts

**NIKOTIN:**

Ja    
  Nein    
  Früher