

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