



Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Nierenerkrankung bekannt? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____ Name: (Arzt/Krankenhaus) _____

Nierensteine bekannt? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____ Name: (Arzt/Krankenhaus) _____

Diabetes bekannt ? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____ Name: (Arzt/Krankenhaus) _____

Letzte Augenärztliche Untersuchung bei Diabetes: _____

Bluthochdruck bekannt? ja nein

Wenn ja, bekannt seit: _____

Herzinfarkt bekannt? ja nein

Wenn ja, bekannt seit: _____

Schlaganfall bekannt? ja nein

Wenn ja, bekannt seit: _____

Bisherige Operationen? ja nein

Wenn ja, welche und wann? _____

Nehmen Sie Schmerzmittel ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Bitte zum Besprechungstermin **Vorbefunde über Vorerkrankungen und Krankenhausaufenthalte mitbringen!** Bitte bringen Sie zu jedem Termin eine aktuelle Auflistung Ihrer Medikation mit!