

PATIENTENFRAGEBOGEN AMBULANZ

Vom Patienten/in auszufüllen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Sie als neuen Patienten so gut wie möglich versorgen zu können und zeitlich bei uns einzuplanen, **bitten wir Sie um Ihre Zuarbeit.**

Bitte beachten Sie, dass die Terminvergabe nach der aktuellen S3-Leitlinie zur Versorgung von CKD-Patienten in der Hausarztpraxis erfolgt (AWMF-Register-Nr. 053-048, speziell S. 59-60 und 94).

Eine Terminvergabe ist daher erst bei vollständig vorliegenden Befunden (s.u.) möglich und erfolgt **nach Mitteilung des Verlaufs der Nierenfunktion** (bitte seit GFR-Abnahme unter die Altersnorm) entsprechend resultierender Dringlichkeit.

1. Im Vorfeld an uns senden (per E-Mail oder Fax):

- Diesen **ausgefüllten Fragebogen**
- Ggf. **Ihnen vorliegende Befunde** (Kardiologe, Urologe, etc.)

2. Mitbringen zum ersten Ambulanztermin:

- Ihre **Chipkarte + ggf. Zuzahlungsbefreiung**
- Ggf. **Überweisungsschein**
- einen aktuellen **Medikationsplan**
- relevante **Befunde anderer Ärzte** (z.B. aus den Fachbereichen der Kardiologie, Urologie, Gynäkologie, Onkologie, Hämatologie, Pneumologie)/ Krankenhausberichte seit dem letzten Ambulanzbesuch bei uns
- zusätzlich für Nierentransplantierte: den **Impfpass**

Daten zu Ihrer Person	
Name	
Geburtsdatum	
Telefon	
E-Mail	



Straße	
Wohnort, PLZ	

Durch welchen Hausarzt werden Sie betreut?

Bei welchen Ärzten/ Kliniken sind Sie noch regelmäßig in Betreuung?

Welche Vorerkrankungen haben Sie?

Seit wann ist die Nierenerkrankung bekannt?

Waren Sie zuvor beim Nephrologen?

Ja

☐

Nein

☐

Wenn ja, wo?

Praxis / Name

Adresse

Nehmen Sie NSAR (Ibuprofen/ Diclofenac/ Voltaren)?

Ja

☐

Nein

☐



Wenn ja, wie oft?

Rauchen Sie?

Ja

☐

Nein

☐

Wenn ja

Wie viel?

Packungen/Woche

Seit wann?

Leiden Sie unter gehäuften Harnwegsinfekten?

Ja

☐

Nein

☐

Wenn ja, wie oft pro Jahr?

Wann war der Letzte?

Welches Antibiotikum wurde eingesetzt?

Leiden Sie unter Nierensteinen?

Ja

☐

Nein

☐

Wenn ja, wie oft hatten Sie bereits eine Kolik?



Wann war ihre letzte urologische/frauenärztliche Untersuchung ?

Bitte Befund mitbringen!

Wann war ihre letzte kardiologische Untersuchung?

Bitte Befund mitbringen!

Haben Sie Infektionserkrankungen (z.B. MRSA, VRE, Hepatitis)?

Ja

☐

Nein

☐

Wenn ja, welche?

Haben Sie Allergien/ Medikamentenunverträglichkeiten?

Liste Allergien

Gibt es andere Besonderheiten, die wir Ihrer Meinung nach Wissen sollten?



Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Fragen verstanden habe und ausreichend über die aufgeführten Dinge informiert und mir ausreichend Bedenkzeit zugestanden wurde. Abgegebene Erklärungen können von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift