

6. Wurde eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen (auch CT), Kernspintomographie, oder Ultraschalluntersuchungen) diesbezüglich durchgeführt? **Befunde bitte beifügen!** nein ja

Falls ja, welche Untersuchungen und wann?

von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

7. Bestehen oder bestanden krankhafte Veränderungen der Niere, der Harnwege oder Nierensteine? nein ja

Falls ja, welche Veränderung?

Falls ja, welche Veränderungen bestehen heute noch?

8. Wurde Ihr Blutdruck gemessen? nein ja

Falls ja, wie hoch war er bei den letzten Messungen?

_____ / _____	wann gemessen? _____	<input type="checkbox"/> ohne Medikation	<input type="checkbox"/> mit Medikation
_____ / _____	wann gemessen? _____	<input type="checkbox"/> ohne Medikation	<input type="checkbox"/> mit Medikation
_____ / _____	wann gemessen? _____	<input type="checkbox"/> ohne Medikation	<input type="checkbox"/> mit Medikation

Von wem gemessen? (ggf. Name und Anschrift des Arztes)

9. Sind aufgrund der Erkrankung akut behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten? **Befunde bitte beifügen!** nein ja

Falls ja, welche Komplikationen und wann?

10. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen? nein ja

Falls ja, welche Operationen und wann?

Wo? Name und Anschrift der Ärzte / des Krankenhauses:

11. Wurde eine feingewebliche Untersuchung im Rahmen einer Spiegelung (Endoskopie) oder eine Operation durchgeführt? **Befunde bitte beifügen!** nein ja

Falls ja, welches Ergebnis und wann?

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

12. Wurde eine Niere entfernt oder ist eine Entfernung einer Niere angeraten? nein ja

Falls ja, welche Seite? _____

13. Waren aufgrund der Beschwerden / Erkrankung Behandlungen in einem Krankenhaus / stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig? **Befunde bitte beifügen!** nein ja

Falls ja, welche und wann?

Wo? Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung:

14. Wie wurde / wird ansonsten behandelt?

keine Behandlung

Medikamente

Medikamentenname: _____

von: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| bis: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

wie oft täglich? _____

weitere Medikamente

Medikamentenname: _____

von: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| bis: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

wie oft täglich? _____

weitere Medikamente

Medikamentenname: _____

von: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| bis: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

wie oft täglich? _____

andere Therapien

welche? _____

von: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| bis: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

wie oft wöchentlich? _____

15. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben?

nein ja

Falls ja, welche?

16. Haben die Beschwerden / Funktionseinschränkungen zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt?

nein ja

Fall ja, zu welchen?

17. Waren Sie aufgrund der Erkrankung arbeitsunfähig?

nein ja

Falls ja, wie oft? _____ mal

von: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| bis: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

von: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| bis: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

18. Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereits erfolgt oder angeraten?

nein ja

Falls ja, empfohlene Tätigkeit:

19. Rauchen Sie oder haben Sie in der Vergangenheit geraucht?

nein ja

Falls ja, was? _____

Wie viel pro Tag? _____ Seit wann? _____

Bei Extra Rauchern, bis wann? _____

20. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung / die Beschwerden informiert?

Name und Anschrift des Arztes:

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe (unvollständige oder unwahre Angaben stellen eine Verletzung der Anzeigepflicht dar).

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

x