

Fragebogen – Erkrankungen des Urogenitaltraktes

Kunde

Name Vorname
Strasse PLZ / Ort
Geschlecht Tel.
Geburtsdatum eMail
Kundennummer Antragsnummer

Die anhand dieses Dokuments eingeholten Informationen werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem standesrechtlichen Berufsgeheimnis.

Bitte zutreffende Antworten ankreuzen und gegebenenfalls mit näheren Angaben bzw. Daten ergänzen. **Es ist nicht nötig, die Patientin oder den Patienten dazu aufzubieten.**

Körpergrösse: cm Gewicht: kg Datum:
Blutdruck: mmHg systolisch / mmHg diastolisch Datum:
Raucher/Raucherin: Nein Ja Falls ja, was? Anzahl/Tag?
Hat früher geraucht: nein ja Seit wann nicht mehr? E-Zigaretten: nein ja

Diagnose:

Datum der Diagnose:
Ursache:
Anzahl der Episoden pro Jahr: Datum der letzten Episode:
Datum der letzten Konsultation:
Compliance:

Chronische Glomerulonephritis: Bitte legen Sie den histologischen Befund der Nierenbiopsie bei.

- Minimal-Change-Glomerulonephritis Fokal und segmentale Glomerulosklerose
 Dünne Basalmembrankrankheit: zart leicht mittelschwer schwer
 Extra-membranöse Glomerulonephritis Immunglobulin-A-Nephropathie
 Mesangioproliferative Glomerulonephritis Membranoproliferative Glomerulonephritis
 Extrakapilläre Glomerulonephritis Goodpasture-Syndrom

Nephrotisches Syndrom:

nein bestehend in Remission

Akutes nephritisches Syndrom:

nein einmalig mehrmalige Episoden Anzahl:

Akute interstitielle Nephropathie:

nein einmalig mehrmalige Episoden Anzahl:

Ursache: Medikamente immunologisch bedingt idiopathisch

Chronische interstitielle Nephropathie: nein ja

- infolge einer Analgetikanephropathie infolge einer Balkan-Nephropathie
 infolge einer chronischen Pyelonephritis

andere Ursache:

Nephrosklerose:

nein hypertensiv maligne benigne oder altersbedingt

Systemerkrankungen (extrarenal): nein ja

Welche?

Sonstige Nierenerkrankungen

nein ja

Welche?

Angeborene Erkrankungen des Urogenitaltraktes: nein ja

Nähere Angaben:

Niereninsuffizienz:

nein ja
 chronisch akut

Dialyse vorgesehen

Nierentransplantation vorgesehen

Nierenarterienstenose:

nein ja

atheromatöse Läsionen: einseitig beidseitig

fibromuskuläre Dysplasie: einseitig beidseitig

Mit Niereninsuffizienz: nein ja

Hydronephrose:

nein ja
 nicht korrigiert korrigiert

Ursache:

Grad: einseitig beidseitig

Familiäre Polyzystische Nierenerkrankung: nein ja

autosomal-rezessive Form

mit Nierentransplantation

die Patientin bzw. der Patient hatte schon einmal ein zerebrales Aneurysma

ein Familienmitglied der Patientin bzw. des Patienten hatte ein zerebrales Aneurysma

autosomal-dominante Form

Sonstiges:

Zystische Erkrankung des Nierenmarks:

nein ja

Nierenzyste:

nein ja
 einzeln mehrere

Bosniak-Stadium: einseitig beidseitig

Konkrement:

nein ja

Harnstein: vorhanden ausgeschieden

Nierenstein: vorhanden ausgeschieden

Anzahl der Episoden:

Datum der letzten Episode:

Sonstiges:

Prostataerkrankungen:

nein ja

Prostat hypertrophie

Prostatasteine

Prostatitis: chronisch akut

Welche Symptome?

Behandlung:

Medikamentös:

Welche, von - bis?

Nein Ja

Falls unterbrochen, Gründe:

Chirurgisch:

Welche, Datum?

Nein Ja

Sonstiges:

Untersuchungsergebnisse vom:

Datum

Harnwerte:

Kreatinin mmol/l

A/K-Quotient mg/mmol

Protein mg/l

Albumin mg/l

Glucose mmol/l

Hämaturie negativ + ++ oder mehr

Urinsediment

Blutwerte:

PSA ng/ml

Serumkreatinin µmol/l

GFR ml/min/1,73m²

Hämoglobin g/l

Leukozyten g/l

Durchgeführte Untersuchungen:

Intravenöse Urographie:

Urogenitalultraschall:

Becken-CT:

MRT:

Nierenbiopsie:

Weitere Kommentare:

Bitte legen Sie Kopien allfälliger Spezialuntersuchungen sowie die Ergebnisse und Referenzwerte aller Laborbefunde bei.

Arzt/Ärztin

Telefon

Fax

eMail

Datum

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an den ärztlichen Dienst der Mobiliar.