

Fragebogen: Harnwegs- & Nierenerkrankungen

A

Versicherte Person	Geb.-Datum
Weiterleitung an Gesellschaft(en)	

B

1. Wie lautet die exakte Diagnose (Mehrfachmeldungen möglich)?

<input type="checkbox"/> Harnwegsinfekt	<input type="checkbox"/> Prostatitis	<input type="checkbox"/> Nierenentzündung	<input type="checkbox"/> Nierenbeckenentzündung
<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> Einnierigkeit	<input type="checkbox"/> Nierensteine	<input type="checkbox"/> Kolik
<input type="checkbox"/> Blasenentzündung	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		

2. Liegt eine Nierenschädigung vor?

Ja | Umfang: _____

Nein

3. Sind Steine aufgetreten?

Ja | wann: (MM/JJJJ) | wo: _____ | entfernt: (MM/JJJJ)

Nein

4. Sind jetzt noch Steine feststellbar?

Ja | nähere Angaben: _____

Nein

5. Wann fand die letzte Untersuchung des Urins statt?

Datum: (MM/JJJJ)

Ergebnis

6. Bei Einnierigkeit (aktuelle Werte, wie Kreatinwerte und Nierenzintigramm):

a) Wieso besteht die Einnierigkeit?

Grund

seit wann

b) Hat die verbliebene Niere die volle Funktion übernommen?

Ja | Umfang der Beeinträchtigung: _____

Nein

7. Fanden ambulante Behandlungen statt?

Ja | von: _____ bis: _____

Nein

Fragebogen: Harnwegs- & Nierenerkrankungen

B

8. Fand eine stationäre Behandlung statt?

- Ja OP | Datum der OP: _____ Art: _____
 OP angeraten | wann: _____ Art: _____
 Sonstiges: _____
 Nein

Welche Behandlungen fanden statt? (Bitte stellen Sie uns Berichte, Werte, o.ä. zur Verfügung)

- Medikation
 abgeschlossen seit: _____ dauerhaft
 Untersuchungen
 Sonstiges: _____
- | | |
|---------------|-----------|
| Name | Dosierung |
| Einnahme seit | Ergebnis |
| welche | |

9. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

- Ja Aufenthalt | von: _____ bis: _____
 Aufenthalt angeraten: _____
 Sonstiges: _____
 Nein

10. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?

- Ja | von: _____ bis: _____
 Nein

11. Besteht Behandlungsfreiheit?

- Ja | seit: _____ Nein

12. Besteht Beschwerdefreiheit?

- Ja | seit: _____ Nein

Ort, Datum

Unterschrift Kunde