

# 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  

Name	Dosierung
Einnahme seit	<input type="checkbox"/> abgeschlossen seit: _____ <input type="checkbox"/> dauerhaft

  
 Untersuchungen  

welche	Ergebnis
--------	----------

  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

## 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