

# Fragebogen: Nieren- und Harnwegserkrankungen

A

Zu versichernde Person	Geb.-Datum
Berufliche Tätigkeit	

B

**1. Wie lautet die Diagnose/Bezeichnung Ihrer Erkrankung (Mehrfachnennungen möglich)?**

- |   |                 |                                |
|---|-----------------|--------------------------------|
| Blasenentzündung                              | Harnleiterstein | Harnröhrenverengung            |
| Nierenbeckenentzündung                        | Harninkontinenz | Chronische Niereninsuffizienz  |
| Nierenstein                                   | Nierengrieß     | Polyzystische Nierenerkrankung |
| Einzelniere                                   | Schrumpfniere   | Nierenkolik                    |
| Nierenzyste-/n   Anzahl?                      | Sonstige:       |                                |
| rechtsseitig      linksseitig      beidseitig |                 |                                |

**2. Unter welchen Beschwerden/Symptomen leiden oder litten Sie?**

- Schmerzen      Koliken      Blut im Urin      Ständiges Wasserlassen      Sonstige:

**3. Wann treten oder traten die Beschwerden auf?**

Wann erstmals?       Wann zuletzt?

einmalig      wiederholt | in welchen Abständen (Datum)?       andauernd

**4. Falls ein Nierenstein-/ Gries besteht oder bestand:**

- einseitig      beidseitig      einzelner Stein      mehrere Steine
- Wann und wie oft aufgetreten?
- Letzter Steinabgang?       Kein Steinabgang
- Noch vorhandene Nierensteine?      Ja | wie viele?      Nein

**5. Falls eine Einzelniere/Schrumpfniere besteht:**

Hat die verbleibende/andere Niere die volle Funktion übernommen?      Ja      Nein

(Bitte letzten Kontrollbefund mit Nierensonographie und Nierenfunktionswerten beifügen)

**6. Welche Ursache liegt der Erkrankung zugrunde?**

- unbekannt      angeboren      Unfallfolge      Sonstige:

**7. Wurden krankhafte Veränderungen des Urins, des Blutdrucks, der Nierenfunktions- oder Blutwerte (z. B. erhöhte Kreatinin, Blutzucker, Cholesterin) festgestellt?**

Ja | wann zuletzt?       Nein

(Bitte Laborwerte/Befunde im Verlauf beifügen)

**8. Welche Medikamente nehmen oder nahmen Sie ein?**

Keine      Medikamente:       von:  bis:

In welcher Dosierung?      täglich      bei Bedarf      \_\_\_\_\_ mal im Jahr

