

Fragebogen | Rheumatologie

Datum _____

Name, Vorname des Patienten [Blockschrift] _____ Geburtsdatum _____

Wie können wir Sie erreichen? Telefon _____
 E-Mail _____
 Handy _____

Soll ein Arztbrief geschrieben werden?

Nein Ja, an: Hausarzt Überweiser Anderen Arzt

Name _____

Anschrift _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Ich bin einverstanden, dass bei Bedarf meine laufenden Befunde an weitere behandelnde Ärzte übermittelt werden dürfen. Nein Ja

Besteht eine bekannte rheumatologische Erkrankung? Nein Ja

Name der Erkrankung _____

Festgestellt durch _____

Waren Sie schon in einer Rheumaklinik (welche)? _____

Operationen an Gelenken (welche)? _____

Welche Medikamente haben Sie bisher für Ihre Erkrankung eingenommen (Kortison/Basistherapie in welchem Zeitraum)? _____

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

Präparat	Wie oft	Seit wann

Leiden Sie unter Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten (auch gegen Röntgenkontrastmittel)?

Nein Ja, gegen _____

Welche Beschwerden für Sie zu uns?

Leiden Sie unter Gelenkschmerzen?

Nein Ja, betroffen sind _____

Schmerzintensität 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Bitte markieren: 0 = keine Schmerzen, 10 = stärkste Schmerzen)

Bestehen Gelenkschwellungen?

Nein Ja, betroffen sind _____

Leiden Sie unter Schmerzen der Wirbelsäule?

Nein Ja (Bitte beschreiben Sie diese nach Ort, Auslöser, tageszeitlicher Abhängigkeit)

Schmerzintensität 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Bitte markieren: 0 = keine Schmerzen, 10 = stärkste Schmerzen)

Hatten Sie Operationen der Wirbelsäule? _____

Haben Sie Vorerkrankungen?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | <input type="checkbox"/> Thrombosen/Lungenembolien | <input type="checkbox"/> Tumoren |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Gicht/erhöhte Harnsäure | <input type="checkbox"/> hohe Blutfette |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> hormonelle Erkrankungen | | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Infektionen (welche? _____) | | <input type="checkbox"/> Zeckenbisse |

Bitte machen Sie ggf. genaue Angaben zu Ihren Erkrankungen

Sind Sie operiert worden?

Nein Ja (Was?, wann?) _____

Gibt es in Ihrer Familie Erkrankungen?

- | | | |
|---|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | <input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Tumoren |
| <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> andere | |

Bitte machen Sie ggf. genaue Angaben zu Ihren Erkrankungen

Körpergröße _____ cm

Körpergewicht _____ kg

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder trifft folgendes auf Sie zu?

Herz

- Brustkorbschmerzen
- Herzrasen/-stolpern

Lunge

- Atemnot
- Husten
- Husten blutig

Niere

- Brennen beim Wasserlassen
- schäumender Urin
- blutiger Urin

Darm

- Durchfälle
- Verstopfung
- blutiger Stuhl
- schwarzer Stuhl

Gynäkologie

- letzte Vorsorge _____
- Fehlgeburten
- Schwangerschaften _____

Nervensystem

- Kopfschmerzen
- Lähmungen
- Gefühlsstörungen
- psychische Probleme

Haut

- Ausschläge
Wo? _____
- Haarausfall
- Verfärbg. der Finger bei Kälte?
- Nagelveränderungen

Schleimhaut

- Mundtrockenheit
- Augentrockenheit
- Augenentzündungen

Allgemein

- Fieber
- Nachtschweiß
- Gewichtsverlust
- Nikotin Ja Nein
- Alkohol Ja Nein

Bewegungsapparat

- Muskelschmerzen
- Muskelschwäche
- Schmerzen beim Kauen

Allgemeine Fragen zu Ihrer Lebenssituation

Leben Sie allein, oder in einer Partnerschaft?

Haben Sie Kinder? _____

Welchen Beruf üben Sie aus? _____

Sind Sie berentet? Nein Ja, seit _____

Sind Sie krankgeschrieben? Nein Ja, seit _____

Besteht ein Grad der Behinderung (Schwerbehinderung)? Nein Ja, in Höhe von GdB _____