Formular

Fragebogen Rheumatologie

Nummer: FO-23767 **Gültig ab:** Gültig ab

Datum _____

Name/Patient [BLOCKSCHRIFT] Vorname Geburtsdatum

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

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

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

➢ **Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann**

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 _____

345 Training / Kontrollierter Druck / Review am: 11.08.2021 - Bolevic1 druckte am 06.08.2020 17:30:47 für Bolevic Daniela

Formular

Fragebogen Rheumatologie

Nummer: FO-23767 **Gültig ab:** Gültig ab

Welche Beschwerden führen 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?

☐ Schuppenflechte
☐ Schlaganfall
☐ Diabetes
☐ Lebererkrankungen
☐ hormonelle Erkrankungen
☐ Infektionen (welche?_____)
☐ Thrombosen/ Lungenembolien
☐ Herzinfarkt / Herzkrankheit
☐ Gicht/erhöhte Harnsäure
☐ Darmerkrankungen
☐ Tumoren
☐ Bluthochdruck
☐ hohe Blutfette
☐ Lungenerkrankungen
☐ Nervenerkrankungen
☐ Zeckenbisse

_____

Bitte machen Sie ggf. genauere Angaben zu Ihren Erkrankungen

Sind Sie operiert worden?
☐ Ja (was? Wann?)_____

345 Training / Kontrollierter Druck / Review am: 11.08.2021 - Bolevic1 druckte am 06.08.2020 17:30:47 für Bolevic Daniela

Formular

Fragebogen Rheumatologie

Nummer: FO-23767 **Gültig ab:** Gültig ab

Gibt es in Ihrer Familie Erkrankungen?
☐ Schuppenflechte ☐ rheumatische Erkrankungen ☐ Tumoren
☐ Darmerkrankungen ☐ andere

_____
Bitte machen Sie ggf. genauere Angaben (wer? Welche Erkrankung?)

Körpergröße: cm Körpergewicht: kg

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

Herz
☐ Brustkorbschmerzen
☐ Herzrasen / - stolpern

Lunge
☐ Atemnot
☐ Husten
☐ blutig

Niere
☐ Brennen beim Wasserlassen
☐ schäumender Urin
☐ blutiger Urin

Darm
☐ Durchfälle
☐ Verstopfung
☐ blutiger Stuhl
☐ schwarzer Stuhl

Gynäkologie
letzte Vorsorge:_____
☐ Fehlgeburten
Anzahl 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 arbeitsunfähig geschrieben? ☐ Nein ☐ Ja, seit _____

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

345 Training / Kontrollierter Druck / Review am: 11.08.2021 - Bolevic1 druckte am 06.08.2020 17:30:47 für Bolevic Daniela