

Datum: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient. Um eine optimale Versorgung zu gewährleisten, möchten wir Sie bitten, vor dem Gespräch, einige Fragen zu beantworten.

Waren sie bereits in rheumatologischer Behandlung?

Wenn ja, bei wem: _____

Haben Sie Fremdbefunde mitgebracht? ja (wenn ja, bitte in der Anmeldung abgeben)

nein

Wann wurden Sie bezüglich Ihrer Beschwerden das letzte Mal geröntgt?

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Lebensumstände

verheiratet verpartnert getrennt geschieden verwitwet

ledig Anzahl der Kinder _____

Beruf _____ berentet Behinderung in %

Familiäre Vorerkrankungen

keine ja, welche _____

Beginn der Beschwerden, die Sie zu uns führen

< 6 Wochen

< 12 Wochen

3-6 Monate

Wie treten die Beschwerden auf?

akut zeitweilig ständig

belastungsabhängig/haltungsabhängig

zunehmend gleich bleibend

Max. Beschwerdestärke in den letzten 3 Tagen (0-10):

(0= keine Beschwerden, 10 = max. Beschwerden)

Welcher dieser aufgeführten Beschwerden trifft auf Sie zu?

Schmerz an Finger- u./o. Zehngelenken

weich geschwollene Gelenke, wenn ja welche _____

Erhöhung von Entzündungswerten

Positiver Rheumafaktor

Zeckenbiss, wenn ja wann _____

Plötzlich beginnende Muskelschmerzen des Schulter- und/oder Beckenbereichs

nächtliche Schmerzen

Schläfenkopfschmerzen oder Kauschmerzen

Erwachen durch Rückenschmerzen in der 2. Nachthälfte

Besserung des Rückenschmerzes durch Bewegung, nicht durch Ruhe

Morgensteifigkeit <30-60 min

Augenentzündungen

Schwellungen an Sehnenansätzen (z.B. an der Ferse/Schulter)

trockene Augen

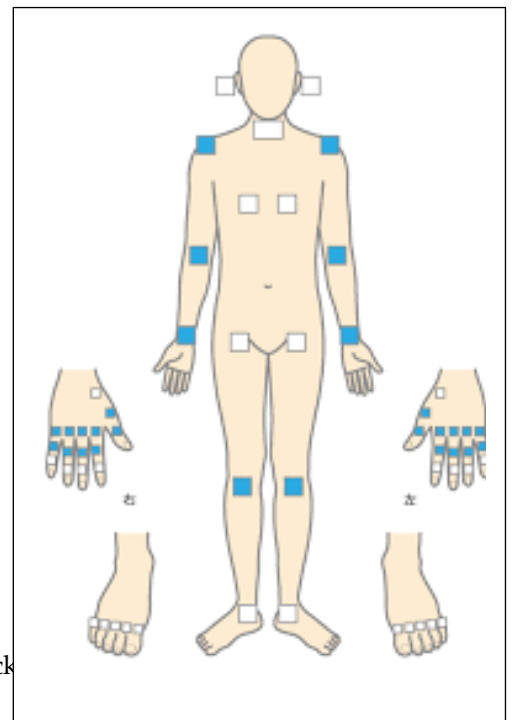
Raynaud-Syndrom

unklares Fieber

Ab dem 25.5.2018 gilt auch in Deutschland die Datenschutzgrundverordnung (GSGVO) der europäischen Union (EU). Aushang-Wartezimmer. Mit Ihrer Unterschrift dürfen wir Befunde und Unterlagen an weiterbehandelnde Ärzte weiterleiten.

Ihr behandelnder Hausarzt:

Ihre Telefonnummer:



Datum: _____

- Durchfälle
- Hautausschlag nach Sonnenbelastung
- Hautveränderungen Gesicht

Gibt es in Ihrer Familie rheumatische Erkrankungen?

- Gelenkrheuma Schuppenflechte/Psoriasis der Haut
- Morbus Bechterew/entzündliche Wirbelsäulenerkrankung
- Gefäßentzündungen/Vaskulitis
- Gicht
- Sonstige:

Grunderkrankungen

- Schlaganfall Zuckerkrankheit Herzschwäche Schuppenflechte
- Asthma/COPD Bösartige Erkrankung SARS CoV2/Corona
- Magenerkrankung Darmerkrankung Raucher
- Nierenerkrankung Grüner Star
- Neurologische Erkrankungen Sarkoidose Sonstiges _____

Medikamenteneinnahme

- pflanzliche Medikamente/Zusatzstoffe, wie z.B. Johanneskraut, Ingwer oder ähnliches?

- Nahrungsergänzungsmittel, wie z.B. Magnesium, Zink oder ähnliches?

- Medikamente (chemisch) auch frei verkäuflich

Medikament	morgens	Mittags	abends/Nacht

Nutzen Sie in Hilfsmittel, um Gehstrecken zu absolvieren, wenn ja, welches? (Unterarmstütze, Rollator oder ähnliches?)

Wie lang ist Ihre Gehstrecke maximal? Bitte antworten Sie in der Einheit Meter.

Bsp: Meine Gehstrecke liegt bei ca. 50 Meter.

Unterschrift Patient

Ab dem 25.5.2018 gilt auch in Deutschland die Datenschutzgrundverordnung (GSGVO) der europäischen Union (EU). Aushang-Wartezimmer. Mit Ihrer Unterschrift dürfen wir Befunde und Unterlagen an weiterbehandelnde Ärzte weiterleiten.