

Name, Vorname Geburtsdatum

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir möchten Sie um Ihre Mitarbeit durch Beantwortung der folgenden Fragen bitten:**

Gewicht: Größe aktuell: Größe früher:

Allergien (mit Ausschlag/Luftnot):

Unverträglichkeiten:

Anzahl und Alter der Kinder: Familienstand:

Beruf erlernt: Beruf ausgeübt:

Grad der Behinderung/Merkzeichen: Rente seit:

<u>Vollständige aktuelle Medikation</u> (Dauer- und Bedarfsmedikation) <u>oder Plan dabei?</u> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<u>Morgens</u>	<u>Mittags</u>	<u>Abends</u>	<u>Nachts</u>

- **Aktuelle Hauptbeschwerden** (welche Körperteile, seit wann?):

Frühere Beschwerden am Bewegungsapparat / bekannte Rheuma-Diagnosen (z.B.Gicht):

Wurden radiologische Untersuchungen gemacht (Röntgen/ MRT/ CT)? Wann? Welche?

- Traten Gelenkschwellungen auf? Welche Gelenke? Wie lange? Ja Nein
- Hatten Sie eine morgendliche Gelenksteifigkeit von länger als 30 min.? Ja Nein
- Wurden im Blut erhöhte Entzündungswerte festgestellt? Ja Nein
- Rheumaerkrankungen in der Familie? Welche?..... Ja Nein

Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 0 bis 10?											
Keine	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 unerträglich

- Haben oder hatten Sie Muskelschmerzen? Wo? Ja Nein
- Haben oder hatten Sie Muskelschwäche? Wo? Ja Nein
- Haben Sie neu aufgetretene Kopfschmerzen? Ja Nein
- Haben Sie neu aufgetretene Kauschmerzen? Ja Nein
- Hatten Sie kürzlich Fieber oder tritt immer wieder Fieber auf? Ja Nein
- Werden oder wurden Ihre Finger oder Zehen bei Kälte weißlich oder bläulich? Ja Nein
- Haben Sie trockene Augen oder einen trockenen Mund? Ja Nein
- Haben oder hatten Sie ohne Grund offene Stellen im Mund oder anderswo? Ja Nein
- Haben Sie vermehrten Haarausfall? Ja Nein
- Sind Sie sehr sonnenempfindlich? Ja Nein
- Hatten Sie jemals Thrombosen oder Embolien? Ja Nein
- Für Frauen: Hatten Sie Fehlgeburten? Ja Nein
- Haben Sie Schluckstörungen? Ja Nein
- Wird ihre Haut härter? Ja Nein
- Haben oder hatten Sie oder Angehörige eine Schuppenflechte/Psoriasis? .. Ja Nein
- Sind Ihnen andere Hautveränderungen aufgefallen? Ja Nein
- Haben oder hatten Sie tiefsitzende Rückenschmerzen? Ja Nein
- Wenn ja, wachen Sie wegen dieser Schmerzen nachts auf? Ja Nein
- Werden oder wurden diese Schmerzen durch Bewegung besser? Ja Nein
- Haben oder hatten Sie Achillessehnen-/andere Sehnenentzündungen? Ja Nein
- Haben oder hatten Sie Augenentzündungen, z.B. der Regenbogenhaut (Iritis)? Ja Nein
- Haben oder hatten Sie eine chronisch entzündliche Darmerkrankung? Ja Nein
- Haben oder hatten Sie kürzlich Durchfall oder Brennen beim Wasserlassen? Ja Nein
- Haben oder hatten Sie blutigen, borkigen Schnupfen? Ja Nein
- Haben oder hatten Sie chronische Nasennebenhöhlenentzündungen? Ja Nein
- Haben oder hatten Sie Bronchialasthma? Ja Nein
- Haben Sie eine Herzerkrankung? Wenn ja, welche? Ja Nein
- Haben Sie hohen Blutdruck? Ja Nein
- Haben Sie Diabetes? Ja Nein
- Haben Sie hohe Blutfette/Cholesterin? Ja Nein
- Rauchen Sie? Wieviel?..... Ja Nein
- Ist oder war Ihre Harnsäure zu hoch? Ja Nein
- Können Sie sich an einen Zeckenbiss erinnern? Ja Nein

- Haben oder hatten Sie Lungenerkrankungen? Tuberkulose ? Ja Nein
- Haben oder hatten Sie Nierenerkrankungen? Ja Nein
- Haben oder hatten Sie Magenerkrankungen? Ja Nein
- Magengeschwüre? Ja Nein
- Haben oder hatten Sie Lebererkrankungen/-entzündung/Hepatitis? Ja Nein
- Haben oder hatten Sie Augenerkrankungen (Grüner/Grauer Star)?..... Ja Nein
- Haben oder hatten Sie Krebs? Ja Nein
- Wenn Ja, welchen?
- Haben Sie andere Erkrankungen? Ja Nein
- Wenn Ja, welche?
- Hatten Sie Operationen? Ja Nein
- Wenn Ja, welche?
- Sind Sie mit Berichten an Ihren Hausarzt/ Überweiser einverstanden? Ja Nein

Datum, Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Dr. med. Rahel Gold, Internistin, Rheumatologin
 Dr. med. Verena Hupertz, Internistin, Rheumatologin