



**wir bitten Sie herzlich, vor unserer ärztlichen Untersuchung folgende Fragen zu beantworten.
Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____ Tel.-Nr.: _____

Welche Beschwerden führten zu Ihrer heutigen Vorstellung bei uns?

Waren Sie früher schon einmal bei einem Rheumatologen, und wenn ja bei welchem ?

1.a) Herz-Kreislauf-Erkrankungen **Seit wann?**

Bluthochdruck:	Ja	Nein
Herzrhythmusstörungen:	Ja	Nein
Herzinfarkt,		
Herzkranzgefäßerkrankung:	Ja	Nein
Schlaganfall:	Ja	Nein
Durchblutungsstörungen:	Ja	Nein
andere:	Ja	Nein

1.b) Erkrankungen der Atemwege **Seit wann?**

Mandelentzündungen:	Ja	Nein
Nasennebenhöhlenentzündungen:	Ja	Nein
Chronische Bronchitis:	Ja	Nein
Asthma bronchiale:	Ja	Nein
andere:	Ja	Nein

1.c) Stoffwechselerkrankungen **Seit wann?**

Fettstoffwechselstörung:	Ja	Nein
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit):	Ja	Nein
Erkrankungen der Schilddrüse:	Ja	Nein
Gicht:	Ja	Nein
andere:	Ja	Nein

1.d) Magen-Darmerkrankungen, Lebererkrankungen			Seit wann?
Sodbrennen, Refluxkrankheit:	Ja	Nein	
Magengeschwür, Gastritis:	Ja	Nein	
Chronische Darmentzündungen (z.B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosea):	Ja	Nein	
Chronische Lebererkrankung/ Leberfunktionsstörung:	Ja	Nein	
Magenspiegelung:	Ja	Nein	
Darmspiegelung:	Ja	Nein	
andere:	Ja	Nein	

1.e) Erkrankungen des Nervensystems			Seit wann?
Nervenlähmungen:	Ja	Nein	
Schlaganfall:	Ja	Nein	
Multiple Sklerose:	Ja	Nein	
Epilepsie:	Ja	Nein	
Muskelerkrankung:	Ja	Nein	
Psychische Erkrankung/Depression:	Ja	Nein	
Erhöhter Alkoholkonsum oder/und Drogen:	Ja	Nein	
andere:	Ja	Nein	

1.f) Hauterkrankungen			Seit wann?
Schuppenflechte:	Ja	Nein	
Neurodermitis:	Ja	Nein	
andere:	Ja	Nein	

1.g) Erkrankungen von Nieren und Unterbauch			Seit wann?
Chronische Nierenerkrankungen:	Ja	Nein	
Entzündungen/Infektionen der Harnwege:	Ja	Nein	
Letzte Vorsorgeuntersuchung	Welche? Wann?		
Männer-Prostataerkrankung:	Ja	Nein	
Frauen Fehlgeburten:	Ja	Nein	
Frauen – Erste Regelblutung: - Letzte Regelblutung:	Wann? Wann?		

1.h) Rheumatische Erkrankungen			Seit wann?
Wenn ja, welche?	Ja	Nein	

1.i) Tumorerkrankungen			Seit wann?
Wenn ja, welche?	Ja	Nein	

Wie ist Ihre berufliche Situation:

erlernter Beruf: zuletzt ausgeübter Beruf:

berentet seit: wegen:

Schwerbehinderung: GdB:

laufendes Rentenverfahren? Ja Nein

8. Welche Medikamente nehmen Sie z.Z. ein?

Medikament	Dosis	Häufigkeit, z.B. 2 x1

9. Waren Sie in der letzten Zeit im Ausland? Wo?

10. Haben Sie sich regelmäßig Ihre Impfungen geben lassen? Ja Nein

Informationen/Angaben zur Datenverarbeitung?

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten und Befunde (z.B. der Arztbrief) zum Zweck der Mit- und Weiterbehandlung weitergegeben werden dürfen an:

 Hausarzt Name/Anschrift: __________
_____ Facharzt Name/Anschrift: __________
_____ bzw. nur an mich._____
Datum_____
Unterschrift des Patientenfragebogen

Diese Angaben können jederzeit widerrufen werden.