



**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 ulcerosa): | 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: | Wann? | |
| - Letzte Regelblutung: | Wann? | |

| | |
|---------------------------------------|-------------------|
| 1.h) Rheumatische Erkrankungen | Seit wann? |
|---------------------------------------|-------------------|

| | | |
|------------------|----|------|
| Wenn ja, welche? | Ja | Nein |
|------------------|----|------|

| | |
|-------------------------------|-------------------|
| 1.i) Tumorerkrankungen | Seit wann? |
|-------------------------------|-------------------|

| | | |
|------------------|----|------|
| Wenn ja, welche? | Ja | Nein |
|------------------|----|------|

1.j) Allergien, Unverträglichkeiten**Seit wann?**

Wenn ja, welche?

Ja

Nein

Medikamente:

Röntgenkontrastmittel:

andere:

1.k) Infektionserkrankungen**Seit wann?**

Tuberkulose:

Ja

Nein

Hepatitis:

Ja

Nein

andere (z.B. HIV):

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

2. Rauchen Sie?

Ja

Nein

Wenn ja, wie viel Zigaretten täglich?

Seit wann Rauchen Sie?

3. Wurden Sie schon einmal operiert?

| Art der Operation | Krankenhaus/Praxis | Monat/Jahr |
|-------------------|--------------------|------------|
| | | |

4. Lagen Sie aus anderen Gründen schon einmal im Krankenhaus?

| Grund der Krankenhausbehandl. | Krankenhaus | Monat/Jahr |
|-------------------------------|-------------|------------|
| | | |

5. Sind Ihnen Erkrankungen bei Familienangehörigen (Blutsverwandten) bekannt?

Rheuma:

Hautkrankheiten (z.B. Schuppenflechte):

Tumorerkrankungen:

Herz-Kreislaufkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall):

6. Wie ist Ihre familiäre Situation?

ledig o verheiratet o geschieden o verwitwet o in Partnerschaft lebend o

Anzahl der Kinder:

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.