

PATIENT*innen-FRAGEBOGEN RHEUMATOLOGIE

Bitte füllen Sie den Fragebogen SORGFÄLTIG aus. Sie helfen uns damit relevante Informationen zu erfassen, die für Ihre optimale Behandlung notwendig sind. Machen Sie ggf. Ergänzungen.

Bringen Sie bitte zum Vorstellungstermin alle relevanten Befunde (vollständiger Medikamentenplan, Impfpass, Labor-/ Röntgen-, CT-, MRT-Befunde / Krankenhausberichte etc.) mit.

Selbstverständlich werden Ihre Daten unsererseits streng vertraulich u. datenschutzkonform behandelt.

Name, Vorname: Geburtsdatum:
Adresse: Telefon:
..... Handy:
..... Email:

Hausarzt: überweisender Arzt:

Höchster Schulabschluss:

noch Schüler Hauptschulabschluss Realschulabschluss Abitur kein Schulabschluss

erlernter/studierter Beruf: aktuell ausgeübte Tätigkeit:

Rentner*in seit:

EU-Rentner*in seit: wegen:

Sind Sie aktuell krankgeschrieben? nein ja seit wann? warum?

Grad der Behinderung: nein ja %

Pflegegrad: nein ja 1 2 3 4 5

Patientenverfügung: nein ja

Vorsorgevollmacht: nein ja Name:

Adresse/Tel.:

Sie sind: ledig verheiratet verwitwet geschieden allein lebend

Größe in cm:

Gewicht in kg:

Medikamentenallergie: nein ja welche:

Kontrastmittelallergie: nein ja

Andere Allergien/Unverträglichkeiten: nein ja welche:

Rauchen Sie / haben Sie geraucht? Nein Ja

Wie viele Zigaretten pro Tag? Wie lange? vonbis..... Ich rauche weiterhin

Trinken Sie Alkohol? Nein Ja wie oft? täglich 2-3xwöchentlich gelegentlich

was?wieviel?.....

Nehmen o. nahmen Sie Drogen? Nein Ja Welche?

Haben Sie Tierkontakt? Nein Ja Welche Tiere?

Waren Sie in den letzten 12 Monaten im außereuropäischen Ausland? Nein Ja Wo?.....

Gehen Sie regelmäßig zum Zahnarzt? Nein Ja wann zuletzt.....
 Geplante Operationen im Kieferbereich? Nein Ja wann..... welche.....
 Gebisszustand: saniert unsaniert Teilprothese Vollprothese

Für Patientinnen:

Alter bei erster Regelblutung:		Alter bei letzter Regelblutung:	
Schwangerschaften	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>	wie viele?	
Geburten	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>	wie viele?	
Fehlgeburten	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>	wie viele?	
Antibabypille	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		
Hormonpräparat	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>	welches?	
Sind Sie aktuell schwanger?	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>	weiß nicht <input type="radio"/>	

Letzte gynäkologische Untersuchung wann:Ergebnis:.....
 Letzte Mammographie wann:Ergebnis:.....

Welche Medikamente nehmen Sie ein? (wenn vorhanden bitte Medikamentenplan beifügen)

Bitte vermerken Sie alle regelmäßig als auch bei Bedarf genommen Medikamente mit Dosierung, Augentropfen, Sprays zum Inhalieren, auch selbst gekaufte Medikamente aus der Apotheke, Nahrungsergänzungsmittel, Vitaminpräparate o.ä..

Medikament	Wirkstärke	früh	mittags	abends	z. Nacht

Haben Sie bereits früher spezielle Rheumamedikamente eingenommen/gespritzt? Nein Ja

Medikamentenname	Dosierung	Anwendung von-bis	Beendet weil?

Benutzen Sie Hilfsmittel?

Brille Kontaktlinsen Hörgerät rechts links Schuheinlagen
 Gehstock Gehhilfen Rollator Rollstuhl andere welche?.....

Gibt es in Ihrer Familie Erkrankungen? (insbes. Krebserkrankungen, rheumatische Erkrankungen, Schuppenflechte, Herzinfarkt/Schlaganfall, Diabetes etc.)

Vater:

Mutter:.....

Geschwister:.....

Kinder:.....

Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen selbst bekannt?

	Nein	Ja	weiß nicht	
Zuckerkrankheit				Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/> Insulin ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck				
Herzinfarkt				wann
Herzklappenerkrankung				welche?
Herzleistungsschwäche				
Schlaganfall				wann
Thrombose				wann
Lungenembolie				wann
Magenschleimhautentzündung				
Magengeschwüre				wann
Darmerkrankung				welche?
Erhöhte Cholesterinwerte				
Erhöhte Harnsäurewerte /Gicht				
Schilddrüsenerkrankung				welche?
Asthma				
COPD				
Tuberkulose				wann
Hepatitis (Gelbsucht)				wann
Gallensteine				
Verminderte Nierenfunktion				
Epilepsie (Krampfleiden)				
Depression/ Angststörung				
andere psychische Erkrankung				welche?
Gedächtnisstörung/ Demenz				
Migräne				
Erhöhter Augeninnendruck				rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/>
Augenentzündungen				rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> welche?

Luftnot			Gelenkschmerzen		
Schluckstörungen			Geschwollene Gelenke		
Trockene Augen o. Mund			Muskelschmerzen		
Weiß-/Blauverfärbung d. Finger/ Zehen bei Kälte			Nächtliche Rücken-/ Gesäßschmerzen		
Hautausschläge			Achillessehnenentzündung		
Schuppenflechte (Psoriasis)			Fersensporn		
Schmerzhafte offene Schleimhautstellen („Aphten“)			Morgendliche Steifheit d. Gelenke/ Rücken >15min		
Zeckenbiss			Augenentzündungen		

Welche Untersuchungen sind bereits erfolgt?

	nein	ja	wann	
Röntgen Thorax (Lunge)				
Röntgen Gelenke				welche?
Röntgen Wirbelsäule				HWS <input type="checkbox"/> BWS <input type="checkbox"/> LWS <input type="checkbox"/>
Skelettzintigraphie				
Computertomographie (CT)				welche Körperregion?
Magnetresonanztomografie				welche Körperregion?
Knochendichtemessung				
Bauchultraschall				
Magenspiegelung				
Darmspiegelung				
Urologische Untersuchung				

Bitte notieren Sie ggf. hier weitere Angaben, die Sie für wichtig erachten:

.....

.....

.....

Bitte kreuzen Sie an, wer einen Befundbericht erhalten soll (auch Mehrfachnennung mgl.)

Überweisender Arzt Hausarzt wer noch?

Datum: Unterschrift Patient: