

ANAMNESEBOGEN für Patienten/-innen

Datum: _____

Name, Vorname: _____

HANDY-NR: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie möchten gerne wissen, ob Sie an Rheuma leiden und wie Ihre Beschwerden behandelt werden können.

Dafür werden Sie gleich ausführlich befragt und gründlich untersucht. Vorher möchten wir Sie bitten, einige Fragen beantworten. Ihre Angaben werden Teil unserer ärztlichen Dokumentation und unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ist in der Familie eine der folgenden Krankheiten aufgetreten (durch Arzt festgestellt):

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| entzündliches Gelenkrheuma | <input type="checkbox"/> | Mutter | <input type="checkbox"/> |
| | | Vater | <input type="checkbox"/> |
| Entzündliches Wirbelsäulerrheuma | <input type="checkbox"/> | Geschwister | <input type="checkbox"/> |
| Schuppenflechte der Haut | <input type="checkbox"/> | Großeltern | <input type="checkbox"/> |
| | | Sohn/Tochter | <input type="checkbox"/> |

Welchen Beruf üben Sie derzeit aus: _____

Falls im Ruhestand, was war der letzte Beruf: _____

Vorerkrankungen:

- Operationen: 1. _____ Wann? _____
2. _____ Wann? _____
3. _____ Wann? _____
4. _____ Wann? _____
5. _____ Wann? _____

Hoher Blutdruck: nein / ja seit _____ Jahren

Diabetes nein / ja seit _____ Jahren

Herzinfarkt nein / ja wann : _____

Schlaganfall nein / ja wann : _____

Bypass- Operation Herz/Gefäße nein / ja wann : _____

Stent- Implantation Herz/Gefäße nein / ja wann : _____

Krebserkrankungen: nein / ja welche : _____
wann: _____

andere Erkrankungen: _____

Körpergröße: _____ cm

Körpergewicht: _____ kg

Auf der Rückseite geht es weiter →

Aktuelle Medikamente:

Präparat	Dosis	morgens	mittags	abends

Gewicht: gleich bleibend / gering schwankend / Zunahme um ___Kg seit ____
Abnahme / durch Diät Abnahme / um ___ kg seit _____

Allergien: auf Schmerzmittel/Antibiotika nein / ja welche : _____

Schlaf: gut wechselnd schlecht erholsam nicht erholsam

Sonstiges: Haben oder hatten Sie eine

schwere rheumatische Entzündung des Auges: nein / ja im Jahre: _____

Schuppenflechte: nein / ja seit : _____

Chronisch entzündliche Darmerkrankung: nein / ja seit: _____

Epileptischer Krampfanfall: nein / ja im Jahre: _____

Herzbeutelentzündung / Rippenfellentzündung: nein / ja im Jahre: _____

Anfallsweise Weißverfärbung Finger nein / ja seit : _____

Zeckenbiss: nein / ja im Jahre:_____ Antibiotika deswegen: ja / nein

Haben sie **für mehr als 3 Monate** lang anhaltend eine

sehr starke Augentrockenheit nein / ja seit: _____

sehr starke Mundtrockenheit nein / ja seit: _____

Rheumatische Beschwerden: seit wann? welche Beschwerden? welche Gelenke?
