

## ANAMNESEBOGEN für Patienten/-innen

Datum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

HANDY-NR:

EMAIL:

### Ist in Ihrer Familie eine der folgenden Krankheiten aufgetreten:

entzündliches Gelenkrheuma   
Schuppenflechte / Psoriasis

Mutter   
Vater

Entzündliches Wirbelsäulenrheuma

Geschwister

Verschleiß Gelenke  Wirbelsäule

Großeltern

Weichteilrheuma

Sohn/Tochter

### Soziale Anamnese:

Familienstand: ledig  verheiratet  geschieden  in Partnerschaft  verwitwet

Zahl der Kinder : \_\_\_\_\_

Welchen Beruf üben Sie derzeit aus: \_\_\_\_\_

Falls im Ruhestand, was war der letzte Beruf: \_\_\_\_\_

### Vorerkrankungen:

Operationen/Unfälle:

Jahr

---

---

---

---

Diabetes: nein  ja  seit \_\_\_\_\_ Jahren, insulinpflichtig: ja  nein

Hoher Blutdruck: nein  ja  seit \_\_\_\_\_ Jahren

Krebskrankungen: nein  ja  welche : \_\_\_\_\_ wann: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Andere stationäre Krankenhausaufenthalte/Vorerkrankungen (außer Rheuma/OP's):

---

---

---

---

---

---

Auf der nächsten Seite geht es weiter →

**Aktuelle Medikamente:**

Präparat	Dosis	morgens	mittags	abends

**Appetit:** normal  / vermindert  / vermehrt **Gewicht:** gleich bleibend  / Zunahme  / Abnahme  um \_\_ kg seit wann \_\_**Stuhlgang:** normal  / verstopft  / durchfällig  / wechselnd **Wasserlassen:** normal  / mit Brennen  / Inkontinenz  / nachts \_\_\_ mal**Alkohol:** nie  / <1-3x/Monat  / ~1-3x/Woche  / täglich  wie viel Gläser \_\_**Rauchen:** nein  / ja  / Zigaretten/Tag \_\_\_ / Pfeife oder Zigarren/Tag \_\_**Allergien:** nein  / Heuschnupfen  / Asthma  / Kontaktallergie der Haut auf Medikamente/Nahrungsmittel  welche : \_\_\_\_\_**Schlaf:** gut  schlecht  erholsam  nicht erholsam **Gynäkologische Anamnese:** Wechseljahre: seit dem \_\_\_ LebensjahrRegelblutung: regelmäßig  / unregelmäßig  / nicht mehr seit gyn. OP im Jahre \_\_Letzte gyn. Untersuchung : \_\_\_ Fehlgeburten: nein  / ja  wie viele: \_\_\_**Sonstiges:** Haben oder hatten Sie eineschwere rheumatische Entzündung des Auges: nein  ja  im Jahre: \_\_\_Schuppenflechte: nein  ja  seit : \_\_\_Chronisch entzündliche Darmerkrankung: nein  ja  seit: \_\_\_Sehr starke Trockenheit von Auge oder Mund: 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 **Rheumatische Beschwerden:** seit wann? welche Beschwerden? wo?



Datum:

Name:

Vorname:

## Bitte keine Frage auslassen. Danke für Ihre Mitarbeit!

1.	Wie schätzen Sie Ihren Allgemeinzustand in den letzten 7 Tagen ein (bitte ankreuzen)?  Sehr gut      0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10      sehr schlecht			
2.	Waren Ihre Gelenke heute Morgen steif? <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, für _____ Minuten			
3.	In den folgenden Fragen geht es um die Tätigkeiten aus dem täglichen Leben. Bitte beantworten sie jede Frage so, wie es für Sie im Moment (in Bezug auf die letzten 7 Tage) zutrifft.	Ja	Ja, aber mit Mühe	Nein, oder nur mit fremder Hilfe
4.	Können Sie Brot streichen?	2	1	0
5.	Können Sie aus einem normal hohen Bett aufstehen?	2	1	0
6.	Können Sie mit der Hand schreiben? (mind. eine Postkarte)	2	1	0
7.	Können Sie Wasserhähne auf- und zudrehen?	2	1	0
8.	Können Sie sich strecken, um z.B. ein Buch von einem hohen Regal oder Schrank zu holen?	2	1	0
9.	Können Sie einen mind. 10 kg schweren Gegenstand hochheben und 10 m tragen?	2	1	0
10.	Können Sie sich von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen?	2	1	0
11.	Können Sie sich bücken und einen leichten Gegenstand vom Boden aufheben?	2	1	0
12.	Können Sie sich über einem Waschbecken die Haare waschen?	2	1	0
13.	Können Sie 1 Std. auf einem ungepolsterten Stuhl sitzen?	2	1	0
14.	Können Sie 10 Min. ohne Unterbrechung stehen (z.B. in einer Warteschlange)	2	1	0
15.	Können Sie sich im Bett aus der Rückenlage aufsetzen?	2	1	0
16.	Können Sie Strümpfe aus- und anziehen?	2	1	0
17.	Können Sie im Sitzen einen kleinen heruntergefallenen Gegenstand (z.B. eine Münze) neben ihrem Stuhl aufheben?	2	1	0
18.	Können Sie einen schweren Gegenstand (z.B. einen Kasten Mineralwasser) vom Boden auf den Tisch stellen?	2	1	0
19.	Können Sie einen Wintermantel an- und ausziehen?	2	1	0
20.	Können Sie ca. 100 m schnell laufen (nicht gehen), etwa um einen Bus zu erreichen?	2	1	0
21.	Können Sie öffentliche Verkehrsmittel nutzen?	2	1	0
Summe		—	—	—