

**ANAMNESEBOGEN für Patienten/-innen**

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

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

**HANDY-NR:**

**EMAIL:**

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

entzündliches Gelenkrheuma ☐

Schuppenflechte / Psoriasis ☐

Entzündliches Wirbelsäulenrheuma ☐

Verschleiß Gelenke ☐ Wirbelsäule ☐

Weichteilrheuma ☐

Mutter ☐

Vater ☐

Geschwister ☐

Großeltern ☐

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

Krebserkrankungen: 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 \_\_\_ Lebensjahr

Regelblutung: regelmäßig ☐ / unregelmäßig ☐ / nicht mehr seit gyn. OP im Jahre \_\_\_\_\_

Letzte gyn. Untersuchung : \_\_\_\_\_ Fehlgeburten: nein ☐ / ja ☐ wie viele: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

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?

---

---

---

---

---

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Stand: 27.11.2025

**Auf der nächsten Seite geht es weiter** →

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 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		—	—	—