

Fragebogen // **Erstpatient**  
Stand 07/2019

## FRAGEBOGEN FÜR PATIENTEN - RHEUMATOLOGIE

Datum \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Wer hat die Untersuchung in unserer Praxis empfohlen? \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt /überweisender Arzt? \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden führen Sie zu uns? \_\_\_\_\_

### ALLGEMEINE FRAGEN

Größe \_\_\_\_\_ cm, Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Leiden Sie unter Allergien? [ ] nein [ ] ja, gegen \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen festgestellt?

[ ] Krebserkrankungen, seit wann \_\_\_\_\_

[ ] Diabetes, seit wann \_\_\_\_\_

[ ] hoher Blutdruck, seit wann \_\_\_\_\_

[ ] koronare Herzkrankheit, seit wann \_\_\_\_\_

[ ] Epilepsie, seit wann \_\_\_\_\_

[ ] hohes Cholesterin seit wann \_\_\_\_\_

Gibt es in der Familie vererbliche Erkrankungen? [ ] nein [ ] ja, welche? \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen oder in Ihrer Familie folgende Erkrankungen festgestellt?

Blutgerinnsel/Thrombose [ ] nein [ ] ja, Lungenembolie [ ] nein [ ] ja, Brustkrebs [ ] nein [ ] ja

Hatten oder haben Sie andere ernsthafte Erkrankungen oder Operationen? Welche?

Welche Medikamente nehmen Sie:

### RHEUMATOLOGIE

Haben Sie Gelenkschmerzen? [ ] nein [ ] ja, seit \_\_\_\_\_

Wo haben Sie Gelenkschmerzen: [ ] Finger [ ] Handgelenke [ ] Ellenbogen

[ ] Schultern [ ] Hüftgelenke [ ] Kniegelenke

[ ] Sprunggelenke [ ] Fußzehengelenke

Sind die betroffenen Gelenke geschwollen? [ ] nein [ ] ja

Wann treten die Schmerzen auf? [ ] in Ruhe [ ] nach Belastung

Besteht eine Morgensteifigkeit der Gelenke? [ ] nein [ ] ja, für \_\_\_\_\_ Minuten

Haben Sie Rückenschmerzen? [ ] nein [ ] ja, seit \_\_\_\_\_  
Wachen Sie nachts davon auf? [ ] nein [ ] ja  
Bessern die Schmerzen sich nach Bewegung? [ ] nein [ ] ja  
Bessern die Schmerzen sich nach Einnahme von Schmerzmitteln (z.B. Ibuprofen, Diclophenac)? [ ] nein [ ] ja

Haben Sie Entzündungen der Augen? [ ] nein [ ] ja  
Bestehen Schmerzen an den Sehnenansätzen? [ ] nein [ ] ja  
Leiden Sie oder jemand in Ihrer Familien an einer Schuppenflechte? [ ] nein [ ] ja  
Besteht eine chronisch entzündliche Darmerkrankung bei Ihnen [ ] nein [ ] ja, welche? \_\_\_\_\_

Bekommen Sie schnell Sonnenbrand / sind empfindlich gegenüber Sonnenstrahlen? [ ] nein [ ] ja  
Haben Sie offene Stellen/Aphthen im Bereich der Schleimhäute (Mundhöhle, Genitalbereich)? [ ] nein [ ] ja  
Leiden Sie unter Haarausfall? [ ] nein [ ] ja  
Leiden Sie unter trockenen Augen und Mundtrockenheit? [ ] nein [ ] ja  
Haben Sie bei Kälteeinfluss Durchblutungsstörungen der Finger oder Fußzehen? [ ] nein [ ] ja  
Haben Sie Entzündungen im Bereich der Nasenschleimhäute/Nasennebenhöhlen? [ ] nein [ ] ja  
Wie viele Schwangerschaften/Geburten haben Sie erlebt? \_\_\_\_\_  
Sind Fehlgeburten aufgetreten? [ ] nein [ ] ja  
Sind Ihnen Urinunregelmäßigkeiten (Farbe, Menge, etc.) aufgefallen? [ ] nein [ ] ja, welche \_\_\_\_\_  
Bestehen Hautveränderungen bei Ihnen? [ ] nein [ ] ja, wo \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Muskelschmerzen? [ ] nein [ ] ja, im Bereich \_\_\_\_\_  
Leiden Sie unter Muskelschwäche? [ ] nein [ ] ja, im Bereich \_\_\_\_\_  
Haben Sie Fieber, nächtliches Schwitzen und/oder Gewichtsverlust (entsprechendes unterstreichen)?  
Ist eine Infektionserkrankung bei Ihnen bekannt (Hepatitis, Tuberkulose, HIV, etc.)?  
[ ] nein [ ] ja, welche \_\_\_\_\_

Waren Sie bereits in rheumatologischer Behandlung? [ ] nein [ ] ja, bei \_\_\_\_\_  
Welche Basistherapien bzw. Therapiemaßnahmen sind bei Ihnen erfolgt? \_\_\_\_\_

## KNOCHENSTOFFWECHSEL / OSTEOPOROSE

Haben Sie Schmerzen an Knochen oder Gelenken? [ ] nein [ ] ja  
Haben Sie bereits einen Knochenbruch erlitten? [ ] nein [ ] ja  
[ ] Wirbelsäule [ ] Oberschenkel [ ] Unterarm [ ] andere \_\_\_\_\_  
Wurde bei Ihnen eine erniedrigte Knochendichte festgestellt? [ ] nein [ ] ja, vor \_\_\_\_\_ Jahren  
Sind sie kleiner als früher? [ ] nein [ ] ja, Paßgröße \_\_\_\_\_ cm, aktuelle Größe \_\_\_\_\_ cm  
Haben Sie Medikamente für Osteoporose erhalten? [ ] nein [ ] ja, und zwar:  
\_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Haben Sie mehr als 3 Mon. lang Cortison erhalten? [ ] nein [ ] ja, wann zuletzt? \_\_\_\_\_  
Leiden Sie unter Nierensteinen [ ] nein [ ] ja  
Epilepsie [ ] nein [ ] ja  
Gibt es Osteoporose in der Familie? [ ] nein [ ] ja, wer \_\_\_\_\_  
Aufnahme von Milch/-produkten [ ] regelmäßig [ ] viel [ ] wenig  
Bewegen Sie sich sportlich? [ ] häufig [ ] selten [ ] gar nicht  
Setzten Sie sich der Sonne aus? [ ] oft [ ] selten [ ] wenn möglich, gar nicht  
Rauchen Sie zur Zeit? [ ] nein [ ] ja, \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag, seit \_\_\_\_\_ Jahren  
Haben Sie früher geraucht? [ ] nein [ ] ja, über \_\_\_\_\_ Jahre \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag  
Trinken Sie Alkohol? [ ] regelmäßig [ ] ab und zu [ ] nie wie viel? \_\_\_\_\_