



Schwerpunktpraxis
Diabetes & Rheuma
Wilmsdorf
Mecklenburgische Str. 20

10713 Berlin

Anamnesebogen – Rheumatologie

Datum: _____

Patient:

Körpergröße: _____, Gewicht: _____, Telefon: _____

Berufliche Tätigkeit: _____, Erlerner Beruf: _____

E-Mail Adresse: _____

Hausarzt: _____

Familienstand: Ledig verheiratet geschieden verwitwet

Für Frauen:

Wie viele Geburten hatten Sie? _____ Geburten
Wie viele Fehlgeburten hatten Sie? _____ Fehlgeburten
Nehmen Sie die Antibabypille? Ja Nein
Hatten Sie eine Knochendichtemessung? Ja Nein

An Welchen Gelenken haben Sie Probleme?

Seit wann?

Schmerzcharakter? (Brennen, Ziehen, Ausstrahlung, besser/schlechter bei Bewegung etc)

Sind in Ihrer Familie rheumatische Erkrankungen bekannt? Ja Nein
Wenn ja welche?

Morbus Bechterew? Ja Nein
Arthrose/Verschleiß? Ja Nein
HLA-B27 positiv? Ja Nein
Rheumafaktor positiv? Ja Nein

Hatten/haben Sie entzündliche Darmerkrankungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hatten/haben Sie eine Schuppenflechte?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hatten/haben Sie eine Infektion der ableitenden Harngefäße?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Asthma/chron. Bronchitis?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Bluthochdruck?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie einen Herzinfarkt/Angina Pectoris?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie einen Schlaganfall?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Krampfadern/hatten Sie eine Thrombose?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hatten/haben Sie ein Magengeschwür?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben sie eine Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hatten/haben Sie eine Tumorerkrankung (Krebs)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Osteoporose?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien, Medikamentenunverträglichkeiten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja wogegen? _____		

Bisherige Krankenhaus-oder Kuraufenthalte:

Welche Medikamente nehmen Sie und in welcher Dosierung?

Medikament:	Dosierung:

Welche Schmerzmedikamente nehmen Sie und in welcher Dosierung?

Bekommen Sie schneeweiße oder blaue Finger, wenn Sie in die Kälte kommen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie auffällige Hautveränderungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie extrem trockene Schleimhäute Der Augen, Nase oder Mund?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Waren Sie bereits früher bei einem Rheumatologen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>