



ANAMNESEBOGEN

Liebe(r) Patient(in),

Name: _____ Datum: _____

Sie sind heute erstmals in unserer rheumatologischen Praxis.
Deshalb bitten wir Sie, einige Fragen zu Ihren Vorerkrankungen und ihrem Krankheitsgeschehen zu beantworten, um einen möglichst schnellen und umfassenden Eindruck zu gewinnen.

EIGENANAMNESE:

Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen? **Bitte Zutreffendes unterstreichen!**

- Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), Gicht o. Fettstoffwechselerkrankungen (erhöhte Cholesterinwerte)
- Koronare Herzerkrankungen, Herzinfarkte, Angina pectoris, Stentimplantationen, Schrittmacherimplantationen, Herzoperationen, Blutdruck
- Asthma, Lungenerkrankungen, Tuberkulose
- Magen- Darmerkrankungen, Magengeschwüre
- Nieren- o. Gallensteine
- Tumorleiden
- Erhöhter Augendruck (behandlungspflichtig)
- Gelbsucht
- Hauterkrankungen: Neurodermitis, Schuppenflechte
- Operationen, Unfälle, Frakturen (Wenn ja, welche?)

FAMILIENANAMNESE:

- Traten in der Familie rheumatische Erkrankungen bei **Eltern oder Geschwistern** auf? Z.B. Gelenkrheuma, Schuppenflechte, entzündliche Rückenerkrankung, M. Bechterew

BERUFSANAMNESE:

- Berufliche Tätigkeit derzeit:
- Erlerner Beruf:
- Sind Sie Schwerbeschädigt oder berentet? Wenn ja, seit wann?
- Ist ein Rentenantrag gestellt? ja / nein

Bitte Seite 2 beachten!



ANAMNESEBOGEN

- Größe: _____ Gewicht: _____ Gewichtsabnahme? _____
- **Bestehen o. bestanden Allergien o. Arzneiunverträglichkeiten?** Wenn ja, welche?

-
- Sind Sie o. waren Sie Raucher? ja / nein
 - Wenn ja, wie lange? _____ Zigaretten Anzahl / Tag: _____
 - Wann erfolgte die letzte Röntgen-Untersuchung der Lunge?
 - Bestehen Belastungseinschränkungen, Luftnot? ja / nein
 - Aktuelle Medikation? Bitte notieren Sie **alle Medikamente**, die Sie derzeit einnehmen:

RHEUMATISCHE ANAMNESE (Bitte Zutreffendes unterstreichen!)

- Wurden Sie bereits aufgrund einer rheumatischen Vorerkrankung behandelt? ja / nein
Diagnose: _____ Frühere Medikation: _____
- Wann traten Ihre Gelenkschmerzen erstmals auf und welche Gelenke waren betroffen? ja / nein
- Traten jemals Gelenkschwellungen auf? ja / nein
- Haben o. hatten Sie Fieberschübe unklarer Genese? ja / nein
- Augenentzündungen (Regenbogenhautentzündung), Konjunktivitis, trockene Augen mit Reibgefühl? ja / nein
- Hautausschlag nach Aufenthalt in der Sonne (nicht Sonnenbrand)? ja / nein
- Vermehrter Haarausfall? ja / nein
- Schluckbeschwerden o. sehr trockener Mund? ja / nein
- Entzündete Mundschleimhaut mit vermehrten Bläschen? ja / nein
- Muskelschmerzen über 3 Monaten ja / nein
Wenn ja – welche Muskeln? _____
- Durchfälle o. Bauchkoliken ja / nein
Wenn ja – wie oft? _____
- Benutzen Sie Hilfsmittel (Rollator / andere Hilfsmittel)? ja / nein

Bitte geben Sie eine zuverlässige Telefonnummer im Falle einer Befunddurchsage bzw. Terminabsage an!

Telefon: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit - Ihr Praxisteam