



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"/>