

Anamnese / Patientenfragebogen

Name, Vorname:	Datum:
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Telefon:	
E-Mail:	
Hausarzt:	überweisender Arzt:
Medikamente:	

Allergien:

Vorstellungsgrund:

Aktuelle Beschwerden:

Rheumaerkrankungen in der Familie:

Familienstand: ledig verheiratet geschieden Kinder

Beruf:

RHEUMATOLOGISCHE VORERKRANKUNGEN: nein ja

Wenn ja: was: seit wann

Bisherige Therapie: seit wann beendet wegen:

WEITERE VORERKRANKUNGEN:

Schilddrüse: nein ja seit wann Therapie

Herz-Kreislaufsystem:(wie z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Embolie, Herzrhythmusstörungen, Durchblutungsstörungen, Thrombose) nein ja

wenn ja, was: seit wann Therapie

Lunge: (wie z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Lungenhochdruck, Lungenembolie, Tuberkulose) nein ja

wenn ja, was: seit wann Therapie

Magen- Darm: (wie z.B. chronisch entzündliche Darmerkrankungen- Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Divertikel, Geschwüre) nein ja

wenn ja, was: seit wann Therapie

Leber: (wie z.B. Gelbsucht (Hepatitis, Leberzirrhose, Gallensteine) nein ja

wenn ja, was: seit wann Therapie

Niere: (wie z.B. Niereninsuffizienz, Nierensteine) nein ja

wenn ja, was: seit wann Therapie

Nervenerkrankungen: (wie z.B. krampfleiden- Epilepsie, psychische Erkrankungen/Depression, Lähmungen, multiple Sklerose) nein ja

wenn ja, was: seit wann Therapie

Weitere Erkrankungen:

Tumorerkrankungen: nein ja seit wann Therapie

Osteoporose: nein ja seit wann Therapie

Arthrose: nein ja seit wann Therapie

Bandscheibenvorfall: nein ja seit wann Therapie

Schuppenflechte: nein ja seit wann Therapie

Operationen:

Frakturen: