

## Patientenfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Vor der Untersuchung möchten wir Sie bitten diesen Fragebogen auszufüllen.

Datum: \_\_\_\_\_

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ Körpergewicht: \_\_\_\_\_

Hausarzt (Name, Adresse): \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden sind der Grund Ihrer rheumatologischen Vorstellung ?

Welche Erkrankungen einschließlich Operationen liegen bei Ihnen vor, oder bestanden in der Vergangenheit ?

Welche Medikamente nehmen Sie in welcher Dosis wie oft am Tag ein ?

Haben Sie allergische Erkrankungen, oder auf eine Substanz oder ein Medikament allergisch reagiert?

Rauchen Sie, oder haben Sie geraucht ?

Ja  Nein

Wenn ja, seit wann ? \_\_\_\_\_, wieviele Zigaretten am Tag durchschnittlich ? \_\_\_\_\_

Hat sich Ihr Körpergewicht verändert ?

Ja  Nein  Wenn ja, wieviel Kg in welcher Zeit ? \_\_\_\_\_

Zunahme  oder Abnahme

Treiben Sie Sport ?

Ja  Nein  Wenn ja, welchen Sport wie oft pro Woche ? \_\_\_\_\_

Welche der folgenden Erkrankungen kommen in Ihrer Familie vor ?

Bitte kreuzen Sie die Blutsverwandten an, die betroffen sind, oder wenn keiner betroffen ist:

|                                 | Mutter | Vater | Geschwister | Kinder | Cousinen/Cousins | Keiner betroffen |
|---------------------------------|--------|-------|-------------|--------|------------------|------------------|
| Herzinfarkt                     |        |       |             |        |                  |                  |
| Schlaganfall                    |        |       |             |        |                  |                  |
| Tuberkulose                     |        |       |             |        |                  |                  |
| Colitis ulcerosa / Morbus Crohn |        |       |             |        |                  |                  |
| Morbus Bechterew                |        |       |             |        |                  |                  |
| Psoriasis                       |        |       |             |        |                  |                  |