



## Patientenfragebogen

Vorname
Name
Geburtsdatum

**Zentrum für Ambulante Rheumatologie /  
Dispensaireinrichtung**

Lindenberger Weg 19 · 13125 Berlin-Buch

Tel. 030 94 792 - 370

Datum:

Liebe Patientin, lieber Patient,  
wir bitten Sie herzlich, vor unserer ärztlichen Untersuchung folgende Fragen zu beantworten.  
Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

### 1. a) Herz-Kreislaufkrankungen

Bluthochdruck:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt, Herzkranzgefäßerkrankung:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schlaganfall:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen, Gefäßverkalkung:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
andere:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Seit wann?

### 1. b) Erkrankungen der Atemwege

Mandelentzündungen:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Nasennebenhöhlenentzündungen:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
chronische Bronchitis:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
andere:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

### 1. c) Stoffwechselerkrankungen

Fettstoffwechselstörung:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit):	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Schilddrüse:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Gicht:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
andere:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

### 1. d) Magen- Darmerkrankungen, Lebererkrankungen

Sodbrennen, Refluxkrankheit:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Magengeschwür / Gastritis:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
chronische Darmentzündungen (M. Crohn, Colitis ulcerosa):	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
chronische Lebererkrankung, Leberfunktionsstörung:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Magenspiegelung:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Darmspiegelung:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
andere:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Seit wann?

Wenn ja, wann zuletzt? .....

Wenn ja, wann zuletzt? .....

### 1. e) Erkrankungen des Nervensystems

Nervenlähmungen:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schlaganfall:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Multiple Sklerose:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Epilepsie:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Muskelerkrankung:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
psychische Erkrankung / Depression:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Alkohol- und / Drogenkonsum:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
andere:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Wenn ja, Menge pro Tag / Woche? .....

### 1. f) Hauterkrankungen

Schuppenflechte:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Neurodermitis:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
andere:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

**Bitte auch die Fragen auf der Rückseite beantworten!**

**1. g) Erkrankungen von Nieren und Unterbauch**

chronische Nierenerkrankungen: ja  nein   
Entzündungen/ Infektionen der Harnwege: ja  nein   
letzte Vorsorgeuntersuchung: Welche? .....  
andere: ja  nein   
Frauen Erste Regelblutung: .....  
Fehlgeburten: ja  nein   
Männer Prostataerkrankung: ja  nein   
ja  nein

Wann? .....

Letzte Regelblutung: .....

**1. h) Rheumatische Erkrankungen**

Wenn ja, welche? .....

**1. i) Tumorerkrankungen**

ja  nein

Wenn ja, welche? .....

**1. j) Allergien, Unverträglichkeiten**

ja  nein

Wenn ja, welche? .....

Medikamente: .....

Röntgenkontrastmittel: .....

andere: .....

**1. k) Infektionserkrankungen**

Tuberkulose: ja  nein

Hepatitis: ja  nein

andere (z.B. HIV): ja  nein

Wenn ja, welche? .....

**2. Rauchen Sie?**

ja  nein

Wenn ja, wie viel Zigaretten täglich? ..... Seit wann rauchen Sie? .....

**3. Wurden Sie schon einmal operiert?**

Art der Operation	Krankenhaus / Praxis	Monat / Jahr
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**4. Lagen Sie aus anderen Gründen schon einmal im Krankenhaus?**

Grund der Krankenhausbehandlung	Krankenhaus	Monat / Jahr
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**5. Sind Ihnen Erkrankungen bei Familienangehörigen (Blutsverwandten) bekannt?**

Rheuma: .....

Hautkrankheiten (z.B. Schuppenflechte): .....

Tumorerkrankungen: .....

Herz-Kreislaufkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall): .....

**6. Wie ist Ihre familiäre Situation?**

ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet  in Partnerschaft lebend  Anzahl der Kinder .....

**7. Wie ist Ihre berufliche Situation?**

erlernter Beruf: ..... zuletzt ausgeübter Beruf: .....

arbeitsunfähig seit: ..... berentet seit: ..... wegen: .....

Schwerbehinderung: ja  nein  GdB: ..... laufendes Rentenverfahren: ja  nein

**8. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?**

Medikament	Dosis	Häufigkeit, z.B. 2 x 1
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....