



Patientenfragebogen

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Zentrum für Ambulante Rheumatologie / Dispensareinrichtung

Lindenberger Weg 19 · 13125 Berlin-Buch

Telefon (030) 9 47 92-370

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-Kreislaufferkrankungen

- Bluthochdruck: ja nein
- Herzinfarkt, Herzkranzgefäßerkrankung: ja nein
- Schlaganfall: ja nein
- Durchblutungsstörungen, Gefäßverkalkung: ja nein
- andere: ja nein

Seit wann?

1. b) Erkrankungen der Atemwege

- Mandelentzündungen: ja nein
- Nasennebenhöhlenentzündungen: ja nein
- chronische Bronchitis: ja nein
- Asthma bronchiale: ja nein
- andere: ja nein

1. c) Stoffwechselerkrankungen

- Fettstoffwechselstörung: ja nein
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit): ja nein
- Erkrankungen der Schilddrüse: ja nein
- Gicht: ja nein
- andere: ja nein

1. d) Magen- Darmerkrankungen, Lebererkrankungen

- Sodbrennen, Refluxkrankheit: ja nein
- Magengeschwür / Gastritis: ja nein
- chronische Darmentzündungen (M. Crohn, Colitis ulcerosa): ja nein
- chronische Lebererkrankung, Leberfunktionsstörung: ja nein
- Magenspiegelung: ja nein
- Darmspiegelung: ja nein
- andere: ja nein

Seit wann?

Wenn ja, wann zuletzt?

Wenn ja, wann zuletzt?

1. e) Erkrankungen des Nervensystems

- Nervenlähmungen: ja nein
- Schlaganfall: ja nein
- Multiple Sklerose: ja nein
- Epilepsie: ja nein
- Muskelerkrankung: ja nein
- psychische Erkrankung / Depression: ja nein
- Alkohol- und/Drogenkonsum: ja nein
- andere: ja nein

Wenn ja, Menge pro Tag/Woche?

1. f) Hauterkrankungen

- Schuppenflechte: ja nein
- Neurodermitis: ja nein
- andere: ja nein

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? Wann?
 andere: ja nein
Frauen: Erste Regelblutung: Letzte Regelblutung:
 Fehlgeburten: ja nein
Männer: Prostataerkrankung: ja nein

1. h) Rheumatische Erkrankungen

Wenn ja, welche?

1. i) Tumorerkrankungen

Wenn ja, welche?

1. j) Allergien, Unverträglichkeiten

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?

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