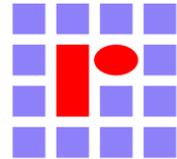


# Praxis für Rheumatologie Bad Kreuznach

Dr. med. Martin Hesse  
Dr. med. Karin Stockdreher  
Kreuzstraße 36  
55543 Bad Kreuznach



**Liebe Patientin, lieber Patient,  
bitte füllen Sie diesen Fragebogen zu Ihrer Krankheitsvorgeschichte vollständig aus!**

Name :

geb.:

Waren Sie wegen Ihrer Beschwerden schon einmal beim Rheumatologen? Ja  Nein   
Wenn ja, welche Diagnosen? .....

Waren Sie wegen Ihrer Beschwerden schon einmal beim Orthopäden? Ja  Nein   
Wenn ja, welche Diagnosen? .....

## Haben oder hatten Sie:

schmerzende Gelenke? ..... Ja  Nein   
Schultern  Ellenbogen  Handgelenke  Fingergelenke   
Hüften  Knie  Sprunggelenke  Zehen

geschwollene Gelenke? ..... Ja  Nein   
Schultern  Ellenbogen  Handgelenke  Fingergelenke   
Hüften  Knie  Sprunggelenke  Zehen

morgens eine Steifigkeit in den Gelenken? Wie lange? ..... Ja  Nein   
Gelenkschmerzen, wenn Sie nach längerem Sitzen aufstehen? Ja  Nein

Rückenbeschwerden? ..... Ja  Nein   
Halswirbelsäule  Brustwirbelsäule  Lendenwirbelsäule   
bei Bewegung zunehmend  nachts  bei Bewegung besser

einen Bandscheibenvorfall? In welcher Höhe? (z. B. L4/L5) ..... Ja  Nein

Muskelschmerzen? Wo? ..... am ganzen Körper  ..... Ja  Nein

erhöhte Harnsäurewerte? ..... Ja  Nein   
einen Gichtanfall? ..... Ja  Nein

Schuppenflechte (Psoriasis)? ..... Ja  Nein   
andere Hautveränderungen? ..... Ja  Nein   
lichtempfindliche Haut? ..... Ja  Nein

Unterleibs-, Blasen-, Harnröhren- oder Prostataentzündung? ..... Ja  Nein   
Entzündung am Auge (Iritis, Iridozyklitis, Uveitis)? ..... Ja  Nein   
entzündliche Darmerkrankung oder häufige Durchfälle? ..... Ja  Nein   
Morbus Crohn  Colitis ulcerosa  Wann? .....

Zeckenbiss? ..... Wann? ..... Mit Hautrötung? ..... Ja  nein

weiße oder blaue einzelne Finger oder Zehen z. B. bei Kälte? ..... Ja  Nein

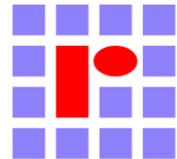
Fieber ohne klare Ursache? ..... Ja  Nein

häufig trockene Augen (verminderte Tränenflüssigkeit)? .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
häufig einen trockenen Mund? .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
vergrößerte Lymphknoten? .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Thrombose oder Lungenembolie? .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
eine oder mehrere Fehlgeburten? .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Bei Frauen: Sind Sie schon in den Wechseljahren? .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Osteoporose bekannt? .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Knochendichtemessung? .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann? .....				
Knochenbruch ohne einen schweren Unfall? .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in den letzten 2 Jahren mehrfach gestürzt? .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mehr als 5 cm kleiner geworden? .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Knochenbrüche oder eine Osteoporose bei den Eltern? .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)? .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung / erhöhtes Cholesterin? .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
hoher Blutdruck? .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt oder Schlaganfall? .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
andere Herzerkrankung? .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung? .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung? .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung? .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Geschwüre im Magen oder Darm? .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung? .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung? .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose? .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Mussten Sie wegen einer Depression oder Angststörung behandelt werden? .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie eine andere Erkrankung? .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? .....				
Haben Sie in den vergangenen 6 Monaten ungewollt Gewicht abgenommen? .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Schwitzen Sie nachts auffällig stark? .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Operationen an inneren Organen oder im Bereich der Haut? Welche? .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
.....				
Haben Sie Allergien / Unverträglichkeiten von Medikamenten? Welche? .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie Alkohol? .....	Gelegentlich	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?   Zigaretten pro Tag .....	Nicht mehr seit .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Gibt es in Ihrer Familie entzündlich-rheumatische Erkrankungen? .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? .....				
Besteht eine Schwangerschaft? .....	Möglich	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
(Falls bei Frauen Röntgenaufnahmen erforderlich werden)			Nein	<input type="checkbox"/>

**Bitte geben Sie diesen Fragebogen ausgefüllt an der Anmeldung ab. Vielen Dank!**

# Praxis für Rheumatologie Bad Kreuznach

Dr. med. Martin Hesse  
Dr. med. Karin Stockdreher  
Kreuzstraße 36  
55543 Bad Kreuznach



Name:	Name und Adresse des Hausarztes:
geb.:	
Tel.:	
Handy:	

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

**wir bitten Sie nun noch um die Beantwortung einiger Fragen zu Ihrer persönlichen und beruflichen Situation.**

ledig  feste Partnerschaft  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  verwitwet

Haben Sie Kinder?  Ja Anzahl: .....  Nein

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?  Ja Grad der Behind. (GdB): ..... Merkz.: .....  Nein

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> vollzeit erwerbstätig                          | <input type="checkbox"/> Altersteilzeit                              |
| <input type="checkbox"/> teilzeit erwerbstätig                          | <input type="checkbox"/> vorzeitig berentet wegen Erwerbsunfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> arbeitslos                                     | <input type="checkbox"/> vorzeitig berentet wegen Berufsunfähigkeit  |
| <input type="checkbox"/> Schüler / in Ausbildung / Umschulung / Student | <input type="checkbox"/> berentet                                    |
| <input type="checkbox"/> Hausfrau / Hausmann                            |  |
| <input type="checkbox"/> Mutterschutz / Elternzeit                      | <input type="checkbox"/> krankgeschrieben seit .....                 |

Erlerner Beruf: ..... Zuletzt ausgeübter Beruf: .....

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG / SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG:

<b>Ich bin damit einverstanden, dass mein Hausarzt über alle Diagnosen und alle wichtigen Untersuchungsergebnisse informiert wird.</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<b>Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten an externe Auftragnehmer (z.B. Labore, externe Konsiliarlabore, autorisierte Abrechnungsstellen), soweit im Rahmen der Behandlung notwendig, weitergegeben werden können.</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<b>Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse genetischer Laboruntersuchungen in die ePA (elektronische Patientenakte) übertragen werden dürfen.</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<b>Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.</b> <i>[Alle Mitarbeiter der Praxis sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben]</i>		
<b>Ich bin damit einverstanden, dass Informationen (dies betrifft z.B. auch Befundberichte, Rezepte, Überweisungen, Terminabsprachen) an die nachfolgend aufgeführten Vertrauenspersonen (z.B. Familienangehörige, Pflegekräfte, Lebenspartner) weitergegeben werden dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde:</b>		
..... (Name u. Geburtsdatum der Vertrauensperson)		
..... (Name u. Geburtsdatum der Vertrauensperson)		
<b>Diese Einverständniserklärung kann jederzeit vollständig oder in Teilen widerrufen werden.</b>		

Bad Kreuznach,

-----  
**Unterschrift**

**Bitte wenden**

