

## Schwerpunktpraxis Rheumatologie und Klinische Immunologie

Dr. med. Kirsten Lüthke Dr. med. Susanne Neumann Dr. med. Angela Weiß Dr. med. Kayser

---

Liebe Patientinnen, liebe Patienten,

bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen vor Ihrer Konsultation bei der Ärztin/beim Arzt aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ männlich: weiblich:

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Waren Sie schon einmal bei einem Rheumatologen? ja nein

Wenn ja, wann: \_\_\_\_\_ Wo/Arztname: \_\_\_\_\_

**Was sind ihre aktuellen Beschwerden?**

---

---

---

---

---

**Seit wann bestehen die Beschwerden?**

---

---

**Wurden Sie schon einmal operiert?**

z. B.	Blinddarm	ja	nein	wenn ja, wann _____
	Mandeln	ja	nein	wenn ja, wann _____
	Galle	ja	nein	wenn ja, wann _____

**Sonstige Operationen:**


---



---



---

Hatten Sie Unfälle? ja nein

Hatten Sie Knochenbrüche? ja nein

**Vorerkrankungen?**

Osteoporose	ja	nein	weiß nicht	
Bluthochdruck	ja	nein	weiß nicht	
Niedriger Blutdruck	ja	nein	weiß nicht	
Zuckerkrankheit	ja	nein	weiß nicht	
Magenerkrankung	ja	nein	weiß nicht	wenn ja, welche _____
Darmerkrankung	ja	nein	weiß nicht	wenn ja, welche _____
Nierenerkrankung	ja	nein	weiß nicht	wenn ja, welche _____
Hautkrankheit	ja	nein	weiß nicht	wenn ja, welche _____
Fettstoffwechselstörung	ja	nein	weiß nicht	
Harnsäurestoffwechselstörung (Gicht)	ja	nein	weiß nicht	
Tuberkulose	ja	nein	weiß nicht	
Infektionskrankheiten	ja	nein	weiß nicht	wenn ja, welche _____
Leberentzündung	ja	nein	weiß nicht	wenn ja, welche _____
Asthma	ja	nein	weiß nicht	
Herzkrankheit	ja	nein	weiß nicht	wenn ja, welche _____
Psychische Erkrankung	ja	nein	weiß nicht	wenn ja, welche _____
Anfallsleiden	ja	nein	weiß nicht	
Krebsleiden	ja	nein	weiß nicht	wenn ja, welche _____
Migräne	ja	nein	weiß nicht	
Krampfadern	ja	nein	weiß nicht	
Thrombose, Venenleiden	ja	nein	weiß nicht	
Gallensteine	ja	nein	weiß nicht	

Hatten Sie Krankheiten, nach denen wir noch nicht gefragt haben, wenn ja welche?

---



---

**Gynäkologische Fragen:**

Erste Menstruation: \_\_\_\_\_ regelmäßig? ja nein

Nehmen sie regelmäßig Hormone ein? ja nein

Gehen Sie regelmäßig zum Gynäkologen? ja nein

Letzte Untersuchung am: \_\_\_\_\_

Wie oft waren Sie schwanger? \_\_\_\_\_

Wie viele Geburten hatten Sie? \_\_\_\_\_

Wie viele Fehlgeburten hatten Sie? \_\_\_\_\_

Gab es bei den Geburten Komplikationen? ja nein

**Allergien und Unverträglichkeiten gegen?**

---

---

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**      ja      nein

Wenn ja, welche:

---

---

---

---

---

---

---

Pflanzliche Medikamente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wurden Sie regelmäßig geimpft?**

Tetanus/Wundstarrkrampf	ja	nein
Diphtherie	ja	nein
Polio/Kinderlähmung	ja	nein
Keuchhusten	ja	nein
Grippe	ja	nein
Pneumokokken	ja	nein

**Sind Ihnen rheumatische Krankheiten in der Familie bekannt?** (Eltern, Geschwister, Großeltern etc.)

---

---

**Sind Ihnen sonstige Krankheiten innerhalb der Familie bekannt?**

---

---

**Haben Sie Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen oder wurden folgende Untersuchungen bei Ihnen durchgeführt?**

Darmspiegelung	ja	nein	wenn ja, wann _____
Magenspiegelung	ja	nein	wenn ja, wann _____
Ultraschall Bauch	ja	nein	wenn ja, wann _____
Röntgen Lunge	ja	nein	wenn ja, wann _____
Urologe	ja	nein	wenn ja, wann _____

**Rauchen Sie?** ja nein wenn ja, Menge \_\_\_\_\_

**Alkohol?** täglich ab und zu

**Treiben Sie Sport?** ja nein

**Körpergröße (in cm):** \_\_\_\_\_

**Gewicht (in kg):** \_\_\_\_\_

**Beruf (Vollzeit/Teilzeit):**

**Soziale Situation (Schwerbehinderung/Rente etc.):**

Wir möchten Ihrem Hausarzt auch ohne Überweisung gern unsere rheumatologischen Befunde zusenden, um die Zusammenarbeit zu erleichtern und für Sie die Therapie zu optimieren. Hierfür brauchen wir Ihre Einwilligung.

stimme zu

stimme nicht zu

Vielen Dank, dass sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und niemandem weitergegeben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Praxis