


RZ Rheumazentrum Eltville MVZ GmbH	<b>Anamnesebogen</b>	 <b>Rheumazentrum</b> Eltville
---------------------------------------	----------------------	---

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,  
für eine rheumatologische Beurteilung ist Ihre Vorgeschichte sehr wichtig. Mit der freiwilligen Beantwortung dieses Bogens geben Sie uns wichtige Informationen. Der ausgefüllte Bogen wird selbstverständlich vertraulich behandelt.

Name, Vorname	Geburtsdatum
Größe:	Gewicht
Geschlecht:	
Ihre Tätigkeit? (Beruf, Studium, Rente etc)	

<b>Haben Sie Vorerkrankungen?</b> (zutreffendes bitte ankreuzen)		
<input type="radio"/> Diabetes mellitus	<input type="radio"/> Bluthochdruck	<input type="radio"/> Lebererkrankung
<input type="radio"/> Nierenerkrankung	<input type="radio"/> Herzerkrankung	<input type="radio"/> Augenerkrankung
<input type="radio"/> Darmerkrankung	<input type="radio"/> Magengeschwüre	<input type="radio"/> Tuberkulose
<input type="radio"/> Schuppenflechte	<input type="radio"/> Harnwegsinfekt	<input type="radio"/> Zeckenstich
<input type="radio"/> Hatten/haben Sie eine Krebserkrankung?		
<input type="radio"/> Andere Vorerkrankungen:		

<b>Wurden bei Ihnen rheumatische Erkrankungen festgestellt?</b>		
<input type="radio"/> Rheumatoide Arthritis	<input type="radio"/> Psoriasisarthritis	<input type="radio"/> Kollagenose
<input type="radio"/> M. Bechterew	<input type="radio"/> Vaskulitis	<input type="radio"/> Gicht
<input type="radio"/> Andere Erkrankung:		
<input type="radio"/> Haben Sie für <b>die rheumatische Erkrankung</b> eine <b>Medikation</b> erhalten? Wenn ja, welche?		
<input type="radio"/> Konsumieren Sie <b>Drogen</b> ? Wenn ja, welche:		

Welche <b>Medikamente</b> nehmen Sie zurzeit ein?

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja welche?

<b>Haben oder hatten Sie bereits wiederkehrend diese Beschwerden?</b> (zutreffendes bitte ankreuzen)		
<input type="radio"/> Morgensteifigkeit	<input type="radio"/> Aphten	<input type="radio"/> Trockener Mund
<input type="radio"/> Durchblutungsstörungen	<input type="radio"/> Lichtempfindlichkeit	<input type="radio"/> Trockene Augen
<input type="radio"/> Muskelschmerzen	<input type="radio"/> Fersenschmerzen	<input type="radio"/> Augenentzündungen
<input type="radio"/> Haarausfall	<input type="radio"/> Ganzkörperschmerzen	<input type="radio"/> Nachts Rückenschmerzen
<input type="radio"/> Durchfälle	<input type="radio"/> Schluckstörungen	<input type="radio"/> Schlafstörungen
<input type="radio"/> Hautausschläge		
<input type="radio"/> Andere:		

Erstellt von: Sapphira Konopka	Dokument Nr.: QM-2.2.1-01	Revisionen: 1	Freigabe Datum: 11.01.2024
Freigabe: Dr. Brand	Vertraulichkeit: Gering	Letzte Prüfung: 11.01.2024	Seite: 1/1