



Dr. med. Knarr/ Dr. med. Brand

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.

<b>Name, Vorname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Größe:</b>	<b>Gewicht:</b>

<b>Ihre Tätigkeit?</b>	<input type="checkbox"/> berufstätig	<input type="checkbox"/> Schüler/in	<input type="checkbox"/> Azubi	<input type="checkbox"/> Rentner/in
	<input type="checkbox"/> Student/-in	<input type="checkbox"/> Hausfrau/mann	<input type="checkbox"/> sonstiges:	

<b>Welche Vorerkrankungen haben Sie?</b>		
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Augenerkrankung
<input type="checkbox"/> Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> Magengeschwüre	<input type="checkbox"/> Tuberkulose
<input type="checkbox"/> Schuppenflechte	<input type="checkbox"/> Harnwegsinfekt	<input type="checkbox"/> Zeckenstich
<input type="checkbox"/> hatten Sie eine Krebserkrankung?		
Andere:		

<b>Welche rheumatischen Erkrankungen wurden bei Ihnen bereits festgestellt?</b>		
<input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/> Psoriasisarthritis	<input type="checkbox"/> Kollagenose
<input type="checkbox"/> Morbus Bechterew	<input type="checkbox"/> Fibromyalgiesyndrom	<input type="checkbox"/> Vaskulitis
<input type="checkbox"/> Gicht	Andere:	

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

<b>Haben Sie einer dieser Rheumamedikamente eingenommen?</b>		
<input type="checkbox"/> Diclofenac	<input type="checkbox"/> Arava	<input type="checkbox"/> Enbrel
<input type="checkbox"/> Ibuprofen	<input type="checkbox"/> Azulfidine	<input type="checkbox"/> Resochin
<input type="checkbox"/> Cortison	<input type="checkbox"/> Humira	<input type="checkbox"/> Quensyl
<input type="checkbox"/> Methotrexat	Andere:	

<b>Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja welche?</b>

<b>Haben oder hatten Sie bereits diese Beschwerden?</b>		
<input type="checkbox"/> Morgensteifigkeit	<input type="checkbox"/> Aphten	<input type="checkbox"/> Trockener Mund
<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung	<input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> Trockene Augen
<input type="checkbox"/> Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/> Fersenschmerzen	<input type="checkbox"/> Entzündung am Auge
<input type="checkbox"/> Haarausfall	<input type="checkbox"/> Ganzkörperschmerzen	<input type="checkbox"/> Nachts Rückenschmerzen
<input type="checkbox"/> Durchfälle	<input type="checkbox"/> Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen
<input type="checkbox"/> Hautausschläge	Andere:	