



## ANAMNESEBOGEN

Liebe(r) Patient(in),

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Sie sind heute erstmals in unserer rheumatologischen Praxis.  
Deshalb bitten wir Sie, einige Fragen zu Ihren Vorerkrankungen und ihrem Krankheitsgeschehen zu beantworten, um einen möglichst schnellen und umfassenden Eindruck zu gewinnen.

### EIGENANAMNESE:

Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen? **Bitte Zutreffendes unterstreichen!**

- Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), Gicht o. Fettstoffwechselerkrankungen (erhöhte Cholesterinwerte)
- Koronare Herzerkrankungen, Herzinfarkte, Angina pectoris, Stentimplantationen, Schrittmacherimplantationen, Herzoperationen, Blutdruck
- Asthma, Lungenerkrankungen, Tuberkulose
- Magen- Darmerkrankungen, Magengeschwüre
- Nieren- o. Gallensteine
- Tumorleiden
- Erhöhter Augendruck (behandlungspflichtig)
- Gelbsucht
- Hauterkrankungen: Neurodermitis, Schuppenflechte
- Operationen, Unfälle, Frakturen (Wenn ja, welche?)

### FAMILIENANAMNESE:

- Traten in der Familie rheumatische Erkrankungen bei **Eltern oder Geschwistern** auf? Z.B. Gelenkrheuma, Schuppenflechte, entzündliche Rückenerkrankung, M. Bechterew

### BERUFSANAMNESE:

- Berufliche Tätigkeit derzeit:
- Erlerner Beruf:
- Sind Sie Schwerbeschädigt oder berentet?                      Wenn ja, seit wann?
- Ist ein Rentenantrag gestellt?    ja / nein

*Bitte Seite 2 beachten!*



## ANAMNESEBOGEN

- Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Gewichtsabnahme? \_\_\_\_\_
  - **Bestehen o. bestanden Allergien o. Arzneiunverträglichkeiten?** Wenn ja, welche?
- 

- Sind Sie o. waren Sie Raucher? ja / nein
  - Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_ Zigaretten Anzahl / Tag: \_\_\_\_\_
  - Wann erfolgte die letzte Röntgen-Untersuchung der Lunge?
  - Bestehen Belastungseinschränkungen, Luftnot? ja / nein
  - Aktuelle Medikation? Bitte notieren Sie **alle Medikamente**, die Sie derzeit einnehmen:
- 

### RHEUMATISCHE ANAMNESE (Bitte Zutreffendes unterstreichen!)

- Wurden Sie bereits aufgrund einer rheumatischen Vorerkrankung behandelt? ja / nein  
Diagnose: \_\_\_\_\_ Frühere Medikation: \_\_\_\_\_

---

  - Wann traten Ihre Gelenkschmerzen erstmals auf und welche Gelenke waren betroffen? ja / nein
  - Traten jemals Gelenkschwellungen auf? ja / nein
  - Haben o. hatten Sie Fieberschübe unklarer Genese? ja / nein
  - Augenentzündungen (Regenbogenhautentzündung), Konjunktivitis, trockene Augen mit Reibgefühl? ja / nein
  - Hautausschlag nach Aufenthalt in der Sonne (nicht Sonnenbrand)? ja / nein
  - Vermehrter Haarausfall? ja / nein
  - Schluckbeschwerden o. sehr trockener Mund? ja / nein
  - Entzündete Mundschleimhaut mit vermehrten Bläschen? ja / nein
  - Muskelschmerzen über 3 Monaten ja / nein  
Wenn ja – welche Muskeln? \_\_\_\_\_
  - Durchfälle o. Bauchkoliken ja / nein  
Wenn ja – wie oft? \_\_\_\_\_
  - Benutzen Sie Hilfsmittel (Rollator / andere Hilfsmittel)? ja / nein
- 

Bitte geben Sie eine zuverlässige Telefonnummer im Falle einer Befunddurchsage bzw. Terminabsage an!

Telefon: \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit - Ihr Praxisteam