

Geltungsbereich:

zugehörige VA/AA:

Bogen bitte ausgefüllt zum Termin mitbringen

Anamnesebogen ASV Rheumatologie

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____ Telefonnummer: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Nicht vom Patienten auszufüllen:

Blutdruck: _____ Herzfrequenz: _____

Welche **Beschwerden** haben Sie aktuell? Beschreiben Sie bitte wann diese auftreten, wie lang diese anhalten, was Ihnen hilft und was diese verschlimmert.

Hatten bzw. haben Sie diagnostizierte **Erkrankungen**? Listen Sie bitte alle auf und bringen Sie gegebenenfalls dementsprechende Unterlagen mit. (Bluthochdruck, Diabetes, Schilddrüse).

Sind Sie schon einmal **operiert** worden? Wenn ja, warum.

Gibt es in Ihrer **Familie Erkrankungen** wie Herz-Infarkte, Schlaganfälle, Krebserkrankungen, Diabetes, Rheumatische Erkrankungen, Schuppenflechte....

Großeltern (mütterlicherseits)

Großeltern (väterlicherseits)

Vater

Mutter

Geschwister

Kinder

Haben Sie **Allergien oder Unverträglichkeiten**? Wenn ja, welche?

Rauchen Sie? Wenn ja, was und wie viel? Seit wie vielen Jahren?

Trinken Sie Alkohol oder haben Sie Alkohol getrunken? Wenn ja, was und wieviel?

Nehmen oder nahmen Sie biologische oder chemische Rauschprodukte zu sich (Drogen, Hanf?)

Haben Sie regelmäßig Kontakt zu Tieren? (Welche?/Haustiere/Stalltiere/beruflich/privat)

Gynäkologische Anamnese:

Erste Regelblutung

Letzte Regelblutung

Menopause seit

Letzte Gynäkologische Kontrolle

Geburten

Fehlgeburten

Letzte

Mammographie

Vorsorgeuntersuchungen:

Hatten Sie schon einmal eine Darm- und/oder Magenspiegelung? Warum? Wann? Welches Ergebnis? Müssen Sie zur Kontrolle?

Waren Sie schon einmal beim Urologen? Warum? Wann? Welches Ergebnis? Müssen Sie zur Kontrolle?

Gehen Sie regelmäßig impfen? Geben Sie bitte das Jahr der Impfung an.

	Ja (Jahr angeben) oder Nein, wenn nicht
Tetanus, Diptherie, Polio	
Mumps, Masern, Röteln	
Hepatitis A/B	
Gürtelrose	
Grippe	
Lungenentzündung	

Kreuzen Sie bitte an, wenn eine der folgenden Dinge auf Sie zutrifft:

	ja	nein		ja	nein
Veränderungen d. Gewichts (Wieviel/Zeitraum?)			Wasser in den Beinen		
Veränderungen des Stuhlgangs			Husten		
Probleme beim Wasserlassen			Auswurf		
Nächtliches Wasserlassen			Schluckstörungen		
Schlafstörungen			Verfärbungen der Finger		
Fieber			Geschwollene Gelenke		
Nachtschweiß, dass Wäsche gewechselt werden muss			Hautveränderungen (bei Sonneneinstrahlung)		
Luftnot					

Sozialanamnese

Familienstand

Anzahl der Kinder

Wohnsituation (Miete, Haus, Etage, Treppen)

Schulabschluss

Aktueller Beruf

Beziehen Sie Renten

Grad der Behinderung

Haben Sie bereits **Rheumamedikamente** eingenommen? Wenn ja, welche, von wann bis wann, und warum wurden diese abgesetzt?

Name	Dosierung	Einnahme seit	Einnahme bis	Abgesetzt weil

Nehmen Sie **Medikamente** ein? Wenn ja, tragen Sie bitte alles ein oder geben Sie einen legen Sie einen aktuellen Medikamentenplan vor.

Name	Dosierung (mg)	Früh	Mittag	Abend	Seit (Jahr)

Nehmen/nahmen Sie Nahrungsergänzungsmittel/Vitaminpräparate/Muskelaufbaupräparate ein? Wenn ja, tragen Sie bitte alles ein!

Name	Dosierung (mg)	Früh	Mittag	Abend	Seit (Jahr)

Haben Sie **Hilfsmittel**? (Einlagen, Brillen, Kontaktlinsen, Gehstützen, Rollator, Nachtstuhl, Sitzerrhöhungen, Bandagen usw.)
