

Patientenfragebogen – Erstvorstellung

Datum:

Praxis:

Florian Schattenberg/ FA f. Innere Medizin SP Rheumatologie

Tel: 03991 - 6 74 50 70, Fax: 03991 - 66 97 337



Liebe Patientin, lieber Patient,

**wir bitten Sie herzlich, vor unserer ärztlichen Untersuchung folgende Fragen zu beantworten.
Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____ Tel.-Nr. _____

Welche Beschwerden führten zu Ihrer heutigen Vorstellung bei uns?

Waren Sie früher schon einmal bei einem Rheumatologen, und wenn ja bei welchem ?

1.a) Herz-Kreislauf-Erkrankungen Seit wann?

Bluthochdruck:	Ja	Nein
Herzrhythmusstörungen:	Ja	Nein
Herzinfarkt,		
Herzkranzgefäßerkrankung:	Ja	Nein
Schlaganfall:	Ja	Nein
Durchblutungsstörungen:	Ja	Nein
andere:	Ja	Nein

1.b) Erkrankungen der Atemwege Seit wann?

Mandelentzündungen:	Ja	Nein
Nasennebenhöhlenentzündungen:	Ja	Nein
Chronische Bronchitis:	Ja	Nein
Asthma bronchiale:	Ja	Nein
andere:	Ja	Nein

1.c) Stoffwechselerkrankungen Seit wann?

Fettstoffwechselstörung:	Ja	Nein
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit):	Ja	Nein
Erkrankungen der Schilddrüse:	Ja	Nein
Gicht:	Ja	Nein
andere:	Ja	Nein

1.d) Magen-Darmerkrankungen, Lebererkrankungen			Seit wann?
Sodbrennen, Refluxkrankheit:	Ja	Nein	
Magengeschwür, Gastritis:	Ja	Nein	
Chronische Darmentzündungen (z.B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa):	Ja	Nein	
Chronische Lebererkrankung/ Leberfunktionsstörung:	Ja	Nein	
Magenspiegelung:	Ja	Nein	
Darmspiegelung:	Ja	Nein	
andere:	Ja	Nein	

1.e) Erkrankungen des Nervensystems			Seit wann?
Nervenlähmungen:	Ja	Nein	
Schlaganfall:	Ja	Nein	
Multiple Sklerose:	Ja	Nein	
Epilepsie:	Ja	Nein	
Muskelerkrankung:	Ja	Nein	
Psychische Erkrankung/Depression:	Ja	Nein	
Erhöhter Alkoholkonsum oder/und Drogen:	Ja	Nein	
andere:	Ja	Nein	

1.f) Hauterkrankungen			Seit wann?
Schuppenflechte:	Ja	Nein	
Neurodermitis:	Ja	Nein	
andere:	Ja	Nein	

1.g) Erkrankungen von Nieren und Unterbauch			Seit wann?
Chronische Nierenerkrankungen:	Ja	Nein	
Entzündungen/Infektionen der Harnwege:	Ja	Nein	
Letzte Vorsorgeuntersuchung	Welche? Wann?		
Männer-Prostataerkrankung:	Ja	Nein	
Frauen Fehlgeburten:	Ja	Nein	
Frauen – Erste Regelblutung:	Wann?		
- Letzte Regelblutung:	Wann?		

1.h) Rheumatische Erkrankungen			Seit wann?
Wenn ja, welche?	Ja	Nein	

1.i) Tumorerkrankungen			Seit wann?
Wenn ja, welche?	Ja	Nein	

1.j) Allergien, Unverträglichkeiten**Seit wann?**

Wenn ja, welche? Ja Nein

Medikamente:
Röntgenkontrastmittel:
andere:

1.k) Infektionserkrankungen**Seit wann?**

Tuberkulose: Ja Nein
Hepatitis: Ja Nein
andere (z.B. HIV): Ja Nein

Wenn ja, welche?

2. Rauchen Sie?

Ja Nein

Wenn ja, wie viel Zigaretten täglich? Seit wann Rauchen Sie?

3. Wurden Sie schon einmal operiert?

Art der Operation	Krankenhaus/Praxis	Monat/Jahr

4. Lagen Sie aus anderen Gründen schon einmal im Krankenhaus?

Grund der Krankenhausbehandl.	Krankenhaus	Monat/Jahr

5. Sind Ihnen Erkrankungen bei Familienangehörigen (Blutsverwandten) bekannt?

Rheuma:

Hautkrankheiten (z.B. Schuppenflechte):

Tumorerkrankungen:

Herz-Kreislauferkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall):

6. Wie ist Ihre familiäre Situation?

ledig o verheiratet o geschieden o verwitwet o in Partnerschaft lebend o

Anzahl der Kinder:

Wie ist Ihre berufliche Situation:

erlernter Beruf: _____ zuletzt ausgeübter Beruf: _____
berentet seit: _____ wegen: _____
Schwerbehinderung: _____ GdB: _____
laufendes Rentenverfahren? Ja Nein

8. Welche Medikamente nehmen Sie z.Z. ein?

Medikament	Dosis	Häufigkeit, z.B. 2 x1

9. Waren Sie in der letzten Zeit im Ausland? _____ Wo? _____
10. Haben Sie sich regelmäßig Ihre Impfungen geben lassen? Ja Nein

Informationen/Angaben zur Datenverarbeitung?

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten und Befunde (z.B. der Arztbrief) zum Zweck der Mit-und Weiterbehandlung weitergegeben werden dürfen an:

- Hausarzt Name/Anschrift: _____

- Facharzt Name/Anschrift: _____

- bzw. nur an mich.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie in unserer Praxis *persönliche Uhrzeitermine* erhalten. Bei Verhinderung möchten sie diese bis spätestens 24 h vor Ihrem eigentlichen Termin bei uns absagen. Sollte keine Absage erfolgen, behalten wir uns vor, Ihnen dies mit einer Säumnisgebühr von 50 Euro in Rechnung zu stellen.

Datum

Unterschrift des Patientenfragebogen

Diese Angaben können jederzeit widerrufen werden.