

## FRAGEBOGEN ANAMNESE

Liebe Patientin, lieber Patient,  
wenn Sie unsere Praxis das erste Mal aufsuchen, bitten wir Sie, diesen Fragebogen möglichst vollständig zu beantworten. Sie helfen uns sehr, wenn Sie die Sie betreffenden Fragen vorab beantworten. Anhand Ihrer Angaben können wir Ihre Beschwerden einordnen und somit Ihre Terminanfrage besser bearbeiten.

### 1. Persönliche Daten:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Hausarzt:

Fachärzte:

### 2. Ist bei Ihnen bereits eine rheumatologische Erkrankung festgestellt worden? Falls ja, füllen Sie bitte die folgenden Fragen aus:

2.1 Haben Sie bereits eine bekannte rheumatologische Erkrankung?  ja  nein

2.2 Benötigen Sie einen neuen Rheumatologen oder eine zweite Meinung?  ja  nein

Namen Ihrer Erkrankungen mit Datum der Erstdiagnose (Jahr):

2.3 Erhalten Sie Medikamente? (Bitte in der Reihenfolge der Therapie aufschreiben:

| Medikament: | Einnahme von/bis:<br>(Monat/Jahr) | Wirksamkeit:<br>😊 😐 😞  | Abbruchgrund: |
|-------------|-----------------------------------|--|---------------|
|             |                                   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |               |
|             |                                   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |               |
|             |                                   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |               |

### 3. Fragen bei Erstvorstellung in einer rheumatologischen Praxis.

**Bitte schicken Sie uns die Befunde Ihrer vorbehandelnden Ärzte per E-Mail oder Fax.**

- 3.1 Was ist Ihr Anliegen? An welchen Beschwerden leiden Sie?
- 3.2 Gibt es Laborbefunde wie CRP, Rheumafaktor, CCP-AK, ANA, ENA?  ja  nein  
Falls ja, mit welchem Ergebnis?
- 3.3 Sind bereits bildgebende Untersuchungen durchgeführt worden? (Sonographie, Röntgen, Magnetresonanztomographie (MRT), Computertomographie (CT), Szintigraphie)  ja  nein  
Falls ja, mit welchem Ergebnis?
- 3.4 Haben Sie sich schon einmal bei einem Rheumatologen vorgestellt?  ja  nein  
Falls ja, was war die Diagnose?
- 3.5 Leiden Sie unter Schlafstörungen?  ja  nein
- 3.6 Haben Sie Schmerzen an Gelenken?  ja  nein
- 3.7 Haben Sie Schmerzen an der Wirbelsäule?  ja  nein
- 3.8 Haben Sie Schmerzen an Muskeln?  ja  nein
- 3.9 Haben Sie Schmerzen an Sehnen?  ja  nein
- 3.10 Haben Sie Schmerzen an Knochen?  ja  nein
- 3.11 Haben Sie Schmerzen an der Haut?  ja  nein
- 3.12 Wie schätzen Sie Ihre Schmerzen auf eine Skala von 1-10 ein?  
(0 = gar keine Schmerzen, 10 = unerträgliche Schmerzen)
- 3.13 Besteht eine morgendliche Steifigkeit in Ihren Gelenken?  ja  nein  
Falls ja, wie lange?
- 3.14 Sind Ihre Gelenke manchmal geschwollen?  ja  nein
- 3.15 Sind Ihre Gelenke dauerhaft geschwollen?  ja  nein
- 3.16 Ist die Schwellung hart oder weich?  hart  weich

**4. Haben Sie erst seit kurzer Zeit schmerzhaft entzündete Gelenke und benötigen einen Sofort-Termin in der Früharthritids-Sprechstunde?  
Falls ja, füllen Sie bitte die folgenden Fragen aus:**

4.1 Hat ein Arzt bei Ihnen eine Gelenkentzündung festgestellt?  ja  nein

4.2 Welche Gelenke sind schmerzhaft?

4.3 Welche Gelenke sind objektiv geschwollen?

4.4 Wie hoch ist der CRP-Wert? (bitte Einheit mit angeben: mg/l oder mg/dl)

4.5 Sind Werte für Rheumafaktor und CCP-AK bestimmt worden?  ja  nein  
Falls ja, wie hoch (bitte mit Einheit)

**Formular speichern**

**Formular drucken**

Bedienungshinweis: Formular bitte ausfüllen, speichern/downloaden und per E-Mail senden. Falls die Buttons bei Ihnen nicht reagieren, nutzen Sie bitte das Programm- oder Browser-Menü. Für die vollständige Nutzung der Formularfunktionen benötigen Sie das Programm Acrobat Reader. Den Link dazu finden Sie auf unserer Website unterhalb der Formulare. Sie können die Formulare auch ausdrucken, ausfüllen und uns per Fax oder Post zuschicken.