

Rheumafragebogen

Dr. med. Katrin Geißler Bahnhofstraße 64
Praxis für Rheumatologie 03046 Cottbus

Name, Vorname: _____

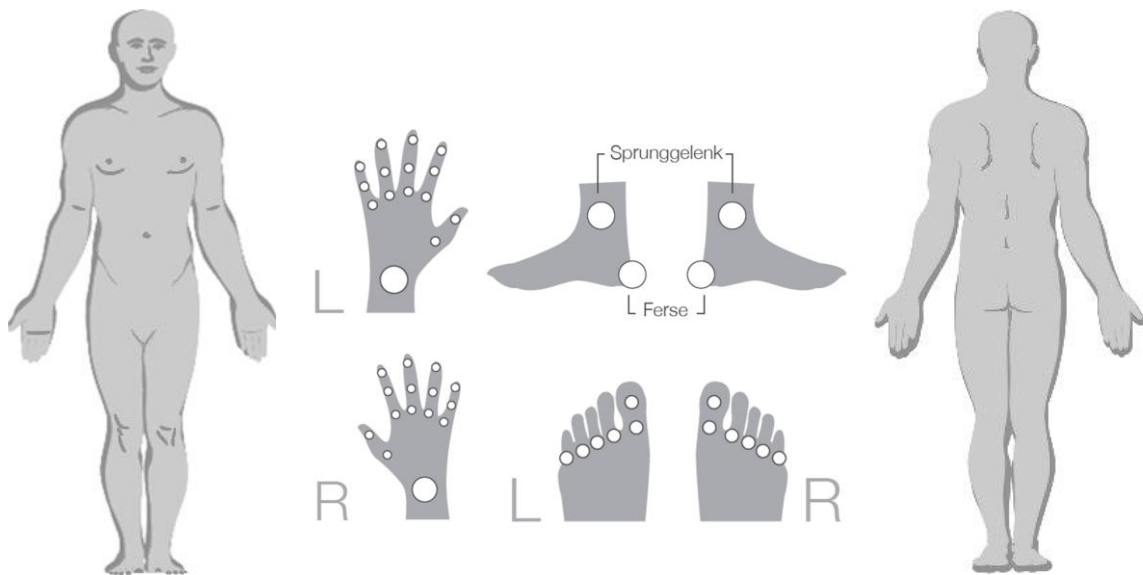
Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Seit wann haben Sie Beschwerden? _____

Bitte kennzeichnen Sie Körperregionen, die Ihnen Beschwerden bereiten:



Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt? Welche Operationen wurden durchgeführt?

Sind folgende Erkrankungen in Ihrer Familie aufgetreten:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | <input type="checkbox"/> Rheumatische Gelenkerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Andere: | |

Sind Allergien bekannt?

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Alkohol? _____

Nikotin? _____ Zigaretten am Tag? _____ seit: _____

Welchen Beruf üben/übten Sie aus? _____

Treiben Sie Sport _____

Haben Sie folgende Symptome?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fersenschmerzen | <input type="checkbox"/> Weißwerden der Finger bei Kälte |
| <input type="checkbox"/> trockener Mund/Augen | <input type="checkbox"/> Augenentzündungen |
| <input type="checkbox"/> Hautveränderungen | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen/-schwäche |
| <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> Haarausfall |
| <input type="checkbox"/> Harnwegsinfekt | <input type="checkbox"/> Durchfallserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme | <input type="checkbox"/> Fieber |

Welche Impfungen wurden in den letzten 10 Jahren bei Ihnen durchgeführt?
