

Name, Vorname Patient		Geb.- Datum
Familienstand	Kinder	GdB
Beruf	Arbeitgeber	Pflegegrad
Telefon	E-Mail	Krankenkasse

Rheumafragebogen für den Patienten

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

1. Hatten oder haben Sie Gelenkschmerzen? Ja Nein
Wenn ja, welche Gelenke?
2. Haben oder hatten Sie Gelenkschwellungen? Ja Nein
Wenn ja, welche Gelenke?
3. Haben oder hatten Sie Muskelschmerzen? Ja Nein
4. Haben oder hatte Sie Muskelschwäche? Ja Nein
Wenn ja, welche Muskeln?
5. Werden oder wurden Ihre Finger oder Zehen bei Kälte weißlich oder bläulich? Ja Nein
6. Haben Sie trockene Augen oder einen trockenen Mund? Ja Nein
7. Haben oder hatten Sie ohne Grund offene Stellen im Mund? Ja Nein
8. Haben oder hatten Sie eine Sonnenallergie? Ja Nein
9. Haben oder hatten Sie Missempfindungen, wie Kribbeln oder Taubheit? Ja Nein
10. Wird oder wurde Ihre Haut härter? Ja Nein
11. Haben oder hatten Sie oder Familienangehörige eine Schuppenflechte? Ja Nein
12. Sind Ihnen andere Hautveränderungen aufgefallen? Ja Nein
13. Haben oder hatten Sie tiefsitzende Rückenschmerzen? Ja Nein
Wenn ja, wachen oder wachten Sie wegen dieser Schmerzen nachts auf? Ja Nein
Werden oder wurden diese Schmerzen durch Bewegung besser? Ja Nein
14. Haben oder hatten Sie Achillessehnenbeschmerzen? Ja Nein
15. Haben oder hatten Sie Augenentzündungen, Z.B. der Regenbogenhaut? Ja Nein
16. Haben oder hatten Sie eine chronisch- entzündliche Darmerkrankung? Ja Nein
17. Haben oder hatten Sie kürzlich Durchfall oder Brennen Wasser lassen? Ja Nein
18. Haben oder hatten Sie blutig- borkigen Schnupfen? Ja Nein
19. Haben oder hatten Sie chronische Nasennebenhöhlenentzündungen? Ja Nein
20. Haben oder hatten Sie ein Bronchialasthma? Ja Nein
21. Haben Sie neu aufgetretene Kopfschmerzen? Ja Nein
22. Haben Sie neu aufgetretene Kauschmerzen? Ja Nein
23. Hatten Sie kürzlich Fieber oder tritt immer wieder Fieber auf? Ja Nein
24. Ist oder war Ihre Harnsäure zu hoch? Ja Nein
25. Können Sie sich an einen Zeckenbiss erinnern? Ja Nein

26. Haben oder hatten Sie eine Herzerkrankung? Ja Nein
Wenn ja, welche?.....
27. Haben oder hatten Sie einen hohen Blutdruck? Ja Nein
28. Haben oder hatten Sie einen hohen Blutzucker? Ja Nein
29. Haben oder hatten Sie hohe Blutfette? Ja Nein
30. Haben oder hatten Sie Lungenerkrankungen? Ja Nein
Tuberkulose Ja Nein
31. Haben oder hatten Sie Nierenerkrankungen? Ja Nein
32. Haben oder hatten Sie Magenerkrankungen? Ja Nein
Magengeschwüre? Ja Nein
33. Haben oder hatten Sie Lebererkrankungen? Ja Nein
34. Haben oder hatten Sie Augenerkrankungen (grüner/ grauer Star)? Ja Nein
35. Haben oder hatten Sie Krebs? Ja Nein
Wenn ja, welchen?.....
36. Haben Sie andere Erkrankungen? Ja Nein
Wenn ja, welche?
37. Hatten Sie Operationen? Ja Nein
Wenn ja, welche?
38. Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein
Welche?.....
.....
.....
.....
39. Haben oder hatten Sie Allergien? Ja Nein
Wenn ja, welche?
40. Hatten Sie Knochenbrüche? Ja Nein
Wenn ja, welche?
41. Gibt es rheumatische Erkrankungen in Ihrer Familie? Ja Nein
Wenn ja, welche?
42. Stürzen oder stolpern Sie häufig? Ja Nein
43. Sind Sie mit regelmäßigen Berichten an Ihren Hausarzt einverstanden? Ja Nein
44. Größe: Gewicht:

Besten Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben. Durch Ihre Mithilfe verbessern Sie unsere Abläufe und wir können Ihnen schnellstmögliche Hilfe bieten.

Datum, Unterschrift: