

# ANAMNESEBOGEN

Um Sie optimal behandeln zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen vor unserem ersten Gespräch zu beantworten:



RHEUMAPRAXIS  
BONN

H. Abdellatif

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf \_\_\_\_\_

Jetzige Tätigkeit \_\_\_\_\_

Aktuelles Gewicht \_\_\_\_\_ kg      Körpergröße \_\_\_\_\_

Gewichtsabnahme innerhalb von: \_\_\_\_\_ Gewichtszunahme innerhalb von: \_\_\_\_\_

Welche Operationen wurden (auch unabhängig von Ihren jetzigen Beschwerden) bei Ihnen bislang durchgeführt?

\_\_\_\_\_  
Jahr, Operation

\_\_\_\_\_  
Jahr, Operation

Wann und weshalb waren Sie ansonsten in stationärer Krankenhausbehandlung?

\_\_\_\_\_  
Jahr, Aufnahmegrund, Krankenhaus

Wann und weshalb befanden Sie sich in einer Rehabilitationsmaßnahme (Kur)?

\_\_\_\_\_  
Jahr, Aufnahmegrund, Ort

Hatten Sie schwerere Verletzungen oder Knochenbrüche?

\_\_\_\_\_  
Jahr, Art der Verletzung, Behandlung

Leiden Sie an:

Luftnot    ja    nein      Brustschmerzen       ja    nein      Ruheschmerzen       ja    nein

Husten    ja    nein      Nächtlichen Schmerzen    ja    nein

Morgensteifigkeit    ja    nein      Wenn ja, wie lange hält sie an? \_\_\_\_\_

Rückenschmerzen    ja    nein      Wenn ja, werden Sie dadurch zwischen 2 und 3 Uhr morgens wach? \_\_\_\_\_

Wegen welcher sonstigen Erkrankungen haben Sie sich bisher in ärztlicher Behandlung befunden?

(z. B. Bluthochdruck, Zuckererkrankung etc.)

\_\_\_\_\_  
Werden die Beschwerden durch Bewegung besser oder durch Ruhe schlimmer?    ja    nein

Sind die Rückenschmerzen belastungsabhängig?       ja    nein

Wo haben Sie vornehmlich die Rückenschmerzen?

Halswirbelsäule    ja    nein      Lendenwirbelsäule    ja    nein

Brustwirbelsäule    ja    nein      Iliosakralgelenk       ja    nein

Bitte  
umdrehen

Ist eine Allergie bekannt?  ja  nein

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

---

Medikament, Menge

---

Medikament, Menge

---

Medikament, Menge

---

Medikament, Menge

Falls Sie an einer entzündlichen rheumatischen Erkrankung leiden, welches Basismedikament (z. B. Goldspritzen, Ridaura, Azulfidine, Methotrexat, Resochin/Quensyl, Arava, Biologica) oder Cortisonpräparat haben Sie bislang eingenommen?

---

Medikament, Dosierung, Zeitraum, Grund der Beendigung

Gibt es in Ihrer Familie rheumatische Erkrankungen, Schuppenflechte, chronische Darmerkrankung, oder Regenbogenhauterkrankung (Iritis)? Wenn ja, welche?

ja  nein \_\_\_\_\_

Hatten Sie bislang mit Haut- oder Schleimhautveränderungen (Ekzem an Haut oder Geschlechtsorganen, Schuppenflechte, Rheumaknoten, Aphten der Mundschleimhaut, Zeckenbiss etc.) zu tun?

ja  nein \_\_\_\_\_

Leiden Sie an Trockenheit der Augen (Brennen, Verlust von Tränenreaktion) oder des Mundes (vermehrtes nächtliches Trinken)?

ja  nein \_\_\_\_\_

Kennen Sie ein Schneeweiß-Werden einzelner Finger? Wenn ja, wodurch ausgelöst?

ja  nein \_\_\_\_\_

Hatten Sie mit Beschwerden an Magen oder Darm zu tun (insbesondere Magenschmerzen, Magengeschwür, chronischer Durchfall)? Wenn ja, wann wurden Spiegelungen durchgeführt? (Ergebnis)

ja  nein \_\_\_\_\_

Gibt es krankhafte Befunde an Nieren, Blase oder Geschlechtsorganen (Brennen beim Wasserlassen, Prostataentzündung, o.ä.)?

ja  nein \_\_\_\_\_

---

Datum

---

Unterschrift des Patienten

Vielen Dank!