



**Patientenfragebogen für
stationäre Patienten der Rheumatologie**

Name: _____

Geburtsdatum _____

Jetzige Beschwerden:

Ziel des Krankenhausaufenthaltes:

Medikamente	Dosis	Seit wann

Operationen	Wann

Allergien: _____ Alkohol: _____
Nikotin: _____ Drogen: _____

Erstellt durch	Geprüft und freigegeben durch	Stand
Ltd. OÄ Dr. Weierth	Ltd. OÄ Dr. Weinerth	4/2016

Rheumatische Vorerkrankungen und Behandlungen

Rheumatische Erkrankung bekannt? ja | nein

Welche:

Seit wann?

OP's?

Vorbehandlungen (Medikamente):

Medikament	wann	Absetzungsgrund
Prednison/-solon (z.B. Decortin H®, Urbason®)		
Methotrexat (z.B. Lantarel®, Metex®)		
Leflunomid (z.B. Arava®)		
Sulfasalazin (z.B. Azulfidine®, Pleon®)		
Hydroxychloroquin/Chloroquin (z.B. Quensyl®, Resochin®)		
Azathioprin (z.B. Imurek®)		
Cyclophosphamid (z.B. Endoxan®)		
Gold (z.B. Tauredon®)		
Infliximab (Remicade®)		
Adalimumab (Humira®)		
Etanercept (Enbrel®)		
Certolizumab (Cimzia®)		
Golimumab (Simponi®)		
Abatacept (Orencia®)		
Tocilizumab (Roactembra®)		
Rituximab (Mabthera®)		
Anakinra (Kineret®)		
Andere		

Vorerkrankungen

Herz- und Kreislauferkrankungen:		Seit wann?
Bluthochdruck	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Herzrhythmusstörungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Durchblutungsstörungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

Lungenerkrankungen:		Seit wann?
Chronische Bronchitis	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Asthma bronchiale	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Lungenentzündungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Lungenhochdruck	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

Stoffwechselerkrankungen:		Seit wann?
Diabetes Mellitus (Zucker)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Fettstoffwechselerkrankung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Harnsäureerhöhung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

Magen-Darmerkrankungen/Leber-Galle:		Seit wann?
Sodbrennen/Reflux	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Magen-/Zwölffingerdarmgeschwür	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Chronische Darmentzündung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Lebererkrankung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Gallensteine	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

Nervenerkrankungen:		Seit wann?
Multiple Sklerose	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Epilepsie	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Nervenlähmungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Muskelerkrankung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Psychische Erkrankung/Depression	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

Sonstige Erkrankungen:		Seit wann?
Nierenerkrankung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Tumorleiden	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Tuberkulose	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Thrombose/Embolie	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

Weitere Beschwerden/ Erkrankungen

Andere Erkrankungen des Bewegungsapparats:	Seit wann?
Bandscheibenvorfall	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Arthrose	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Chronisches Schmerzsyndrom	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Degeneratives Wirbelsäulensyndrom	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Osteoporose	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Hauterkrankungen:	Seit wann?
Schuppenflechte (Psoriasis)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hauttumoren	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Nesselsucht	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Rosazea	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Unklare Hautausschläge	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Weitere Beschwerden:	Seit wann?
Müdigkeit	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schwitzen nachts	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Gewichtsabnahme ungewollt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Leistungsknick	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Die letzten Fragen:	
Rheumatische Erkrankung in der Familie	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
familiäre Situation: ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> in Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> Kinder <input type="checkbox"/>	
erlernter Beruf	
berufstätig als	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
berentet	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja, seit wann? _____
Wegen?	
Schwerbehinderung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja, wieviel Prozent? _____

Ich bitte um Übersendung des Arztbriefes an:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!