

Rheumatologische Schwerpunktpraxis Heilbronn

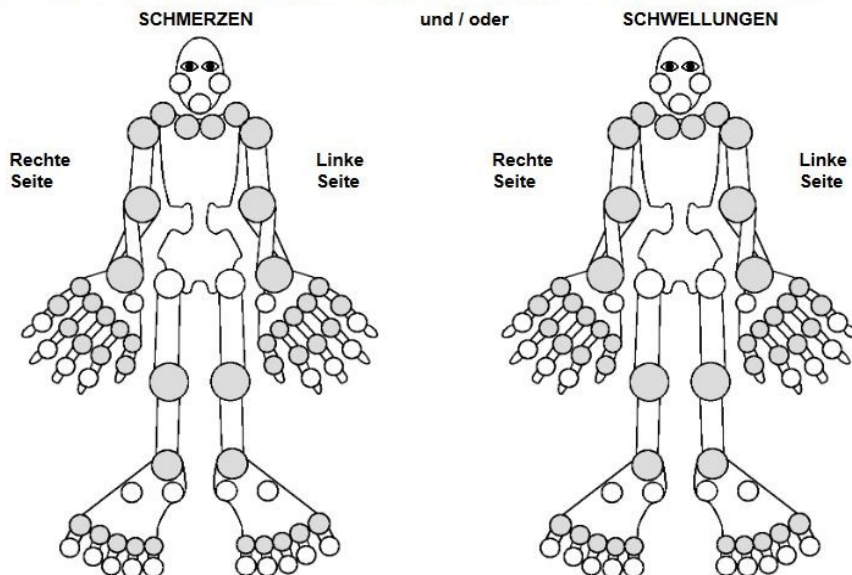
Liebe Patientinnen, liebe Patienten, bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen vor Ihrer Konsultation aus.

Name, Vorname, Alter: _____

Hausarzt: _____

Bitte schildern Sie kurz Ihre aktuelle Beschwerden:

Bitte markieren Sie hier die Körperstellen, die seit Beschwerdebeginn betroffen sind oder waren von



Wie lange bestehen diese Beschwerden schon? _____

Haben Sie Morgensteifigkeiten nach dem Aufwachen? ja / nein

Wie viele Stunden dauerte die Morgensteifigkeit nach dem Aufwachen im Durchschnitt an?

Wann sind die Schmerzen am Stärksten vorhanden?

morgens mittags abends nachts

Bessern sich die Beschwerden auf **Wärmeanwendungen/Kälte** durch **Ruhe** oder **Bewegung**?

Waren Sie bereits in rheumatologischer Behandlung? Wenn ja, mit welcher Diagnose, wo und seit wann?

Haben Sie bereits Medikamente für eine rheumatische Erkrankung erhalten?

Bitte zutreffendes einkreisen:

Leiden Sie an Psoriasis (Schuppenflächte) ? ja / nein

an Morbus Crohn/Colitis ulcerosa (entzündliche Darmerkrankungen) ? ja / nein

an Iritis/Episkleritis (Regenbogenhautentzündung)? ja / nein

Leiden Sie an Augentrockenheit ? ja / nein

an Raynaud (weiße/blau Finger bei Kälte) ja / nein

an häufiger Aphtenbildung? ja / nein

Rauchen Sie oder hatten sie geraucht? ja / nein

Wie groß und wie schwer sind Sie? Größe: _____ Gewicht: _____

Haben Sie im letzten Jahr ungewollt Gewicht verloren? Wie viel? ja / nein

Hatten Sie Fieber? ja / nein

Liegt eine schmerzbedingte Schlafstörung vor? ja / nein

Wachen Sie von den Schmerzen auf? ja / nein

Wurden Sie schon einmal operiert? Falls ja, wo?

An welchen Vorerkrankungen leiden Sie?

Welche Allergien und Unverträglichkeiten haben Sie?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? wenn ja, welche?

Sind bei Ihnen rheumatische Erkrankungen in der Familie bekannt? Wenn ja, welche?

Soziale Situation:

Beruf: _____ Familienstatus: _____ Kinder: _____

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Praxisteam Rheumatologischer Praxis Heilbronn

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand möglichst genau zu erfassen und Ihnen eine optimale Therapie zu ermöglichen.

Zustimmung zur Übermittlung von Patientendaten durch den Facharzt nach § 73 Abs. 1b SGB V

Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum

Mobilnummer: _____ E-Mail: _____

stimme zu, dass mein behandelnder Facharzt

Praxisname: Rheumatologische Praxis Ina Wolf
Praxisanschrift: Herbststraße 15, 74072 Heilbronn

▪ meine Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt und mich behandelnde Fachärzte übermittelt.

Bericht erwünscht an:

Name und Adresse des Hausarztes/bzw. Facharztes

Es ist mir bekannt, dass ich diese Zustimmung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Datum Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Vereinbarung bzgl. der rheumatologischen Behandlung von

Die vereinbarten Termine werden ausdrücklich für Sie freigehalten. Sie werden daher gebeten, die Termine unbedingt einzuhalten oder rechtzeitig mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei Nichterscheinen wird eine Ausfallgebühr von pauschal 50 Euro geltend gemacht.

Termine könne Sie wie folgt Absagen:

- Tel: 07131 / 8870132
- E-Mail: **kontakt@rheumatologie-heilbronn.com**

Kosten aufgrund eines kurzfristigen Ausfalls wegen einer Covid-Infektion oder einer akuten Erkrankung werden bei Bekanntgabe Entfallen.

Datum Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters