

---

Patientenname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wir bitten die nachfolgenden Fragen nach Ihrem Wissen auszufüllen!

1. Welche Operationen wurden (auch unabhängig von Ihren jetzigen Beschwerden) bei Ihnen durchgeführt?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
2. Wann und weshalb waren Sie ansonsten in stationärer Krankenhausbehandlung?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
3. Wann und weshalb befanden Sie sich in einer Rehabilitationsmaßnahme/ Kur?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
4. Haben Sie sich wesentliche Verletzungen/ Knochenbrüche zugefügt?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
5. Wegen welcher sonstigen Erkrankungen haben Sie sich bisher in ärztlicher Behandlung befunden (z.B. Zuckerkrankheit, Bluthochdruck)?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
6. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
7. Ist eine Allergie bekannt?

- 
8. Falls Sie an einer entzündlichen rheumatischen Erkrankung leiden: Welches Basismedikament (z.B. Gold, Azufildine, Resochin, TNF) oder Cortisonpräparat haben Sie bislang eingenommen?
  
  9. Gibt es in Ihrer Familie rheumatische Erkrankungen, Angehörige mit Schuppenflechte, chronische Darmerkrankungen oder Regenbogenentzündungen (Iritis)?
  
  10. Haben Sie bislang mit Haut- oder Schleimhautveränderungen (Ekzem der Haut oder Geschlechtsorganen, Schuppenflechte, Rheumaknoten, Aphten der Mundschleimhaut, Zeckenbiss) zu tun gehabt.
  
  11. Leiden Sie an Trockenheit der Augen (Brennen, Verlust von Tränenreaktion) oder des Mundes (vermehrtes nächtliches Trinken)?
  
  12. Kennen Sie ein Schneeweißwerden einzelner Finger? Wenn ja: Wodurch ausgelöst?
  
  13. Haben Sie Beschwerden mit Magen oder Darm (Magengeschwüre, chronische Durchfälle)?
  
  14. Gibt es krankhafte Befunde an Nieren, Blase oder Geschlechtsorganen (Brennen beim Wasserlassen, Prostatentzündung, Vorsorgeuntersuchungen)?
  
  15. Wünschen Sie eine Befundübermittlung an Ihren/ Ihre Hausarzt/ Hausärztin?  
Wenn ja: Bitte nennen Sie Ihren/ Ihre Hausarzt/ Hausärztin: