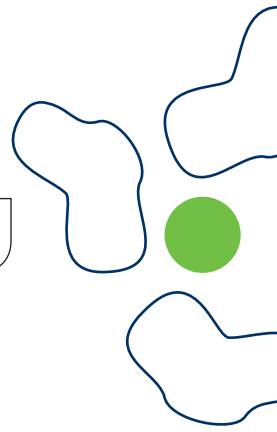


Rheumazentrum Kupka



Namen, Vorname Patient

Datum

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 hatten 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 Sie oder hatten Sie oder Familienangehörige eine Schuppenflechte? Ja Nein
12. Sind Ihnen andere Hautveränderungen aufgefallen? Ja Nein
13. Haben oder hatten Sie tiefsitzende Rückenschmerzen?
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 Achillessehnen Schmerz? 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 beim Wasserlassen? Ja Nein
18. Haben oder hatten Sie blutig, borkigen Schnupfen? Ja Nein
19. Haben oder hatten Sie chronische Nasenenebenhöhlenentzündungen? Ja Nein
20. Haben oder hatten Sie ein Bronchialasthma? Ja Nein
21. Haben Sie neu aufgetretende Kopfschmerzen? Ja Nein
22. Haben Sie neu aufgetretende 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?

Rheumazentrum **Kupka**

Johann-Sebastian-Bach-Straße 2
04600 Altenburg

Praxis **Kontakt**

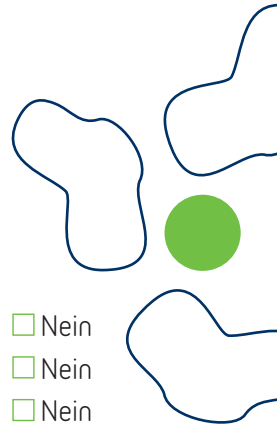
T (0 34 47) 8 95 24-0
F (0 34 47) 8 95 24-24

W www.rz-kupka.de

Praxis **Sprechzeiten**

Montag-Freitag
7.30-12.00 und 13.00-17.00 Uhr
außer Mittwoch und Freitag
7.30-12.00 Uhr

Rheumazentrum Kupka



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?
Tuberkolose Ja Nein
31. Haben oder hatten Sie Nierenerkrankungen? Ja Nein
32. Haben oder hatten Sie Magenerkrankungen?
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?
Wenn Ja, welchen?
36. Haben Sie andere Erkrankungen?
Wenn Ja, welche?
37. Hatten Sie Operationen
Wenn Ja, welche?
38. Welche Medikamente nehmen Sie?
.....
.....
.....
39. Haben oder hatten Sie Allergien?
Wenn Ja, welche?
40. Knochenbrüche, welche?
41. Gibt es rheumatische Erkrankungen in Ihrer Familie?
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

Rheumazentrum **Kupka**

Johann-Sebastian-Bach-Straße 2
04600 Altenburg

Praxis **Kontakt**

T (0 34 47) 8 95 24-0
F (0 34 47) 8 95 24-24

W www.rz-kupka.de

Praxis **Sprechzeiten**

Montag-Freitag
7.30-12.00 und 13.00-17.00 Uhr
außer Mittwoch und Freitag
7.30-12.00 Uhr