

Vorbereitung auf den Erstbesuch beim Rheumatologen

Name, Vorname des Patienten:

Anschrift und Wohnort:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Tel. Nr. Handy Nr.

Krankenkasse:

Gültige Versicherungskarte

Überweisungsschein (ggf. mit besonderem Auftrag von einem anderen Arzt)

Aktuelle Bestätigung zur Befreiung für Zuzahlungen (Medikamente)

Impfpass

Krankheitsrelevante Vorbefunde der letzten drei Jahre z.B. Laborwerte, Röntgenbilder/CTs oder MRT jeweils mit schriftlichem Befund. (Sollten Sie nur Bilder haben, fordern Sie bitte dem Arzt, der die Untersuchung veranlasst hat, den schriftlichen Befund an und bringen ihn zum Termin mit.)

Privatpatienten mit besonderen Versicherungstarifen:

Standardtarif **Basistarif** **KVB I-III**

(Versicherte müssen sich vor der Behandlung ausweisen und den Versichertenstatus oben eintragen)

Patienten, die der deutschen Sprache nur eingeschränkt mächtig sind, sollten im eigenen Interesse und zur besseren Besprechung und Beratung einen Dolmetscher oder einen Angehörigen/Freund zum Übersetzen mitbringen.

Größe: _____ cm **Gewicht:** _____ kg

Eigenanamnese:

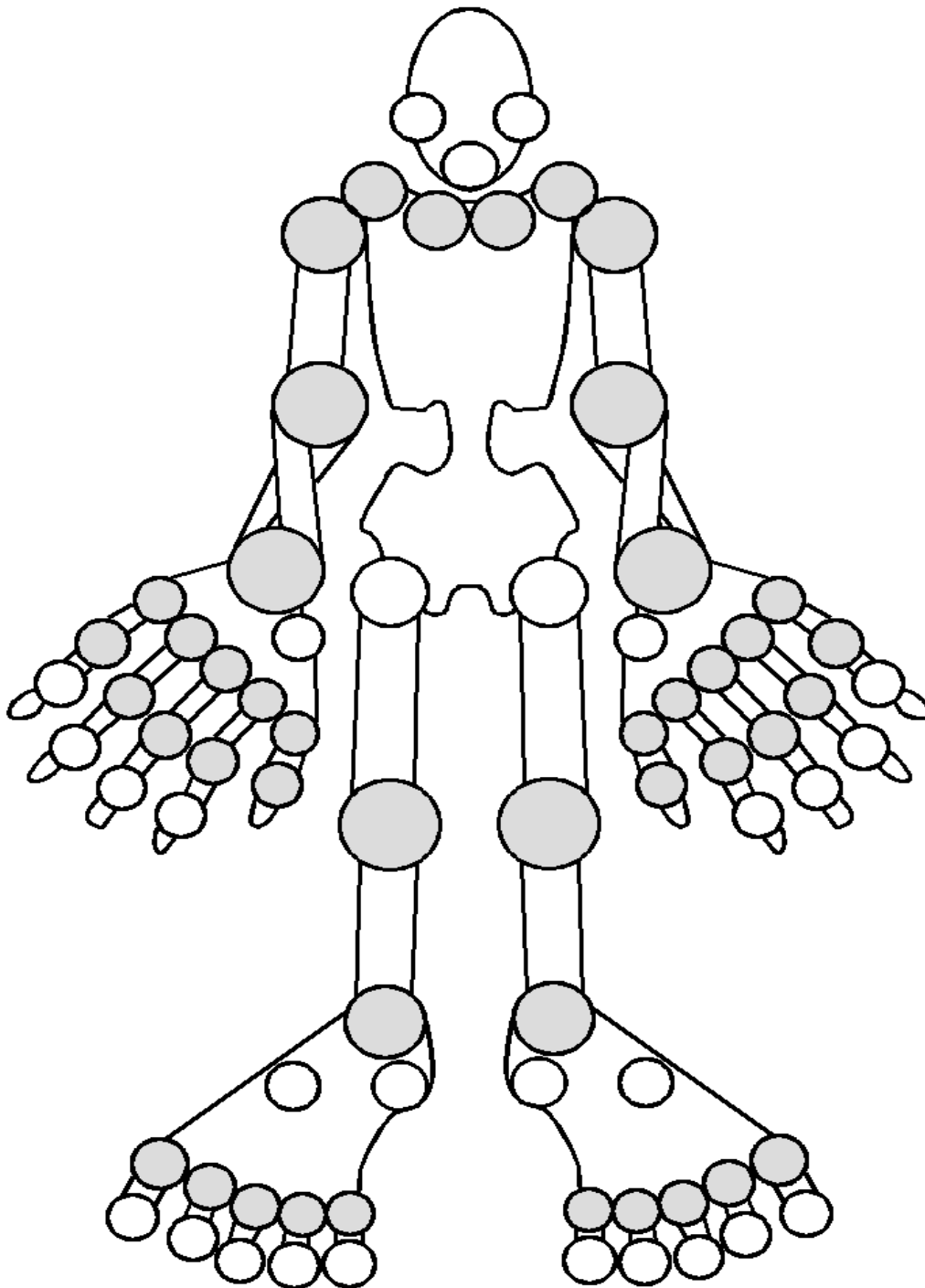
Seit wann haben Sie Beschwerden/ Schmerzen/ Schwellungen?

An welchen Gelenken haben die Beschwerden begonnen?

(X) Sie die Gelenke, die geschwollen oder schmerzhaft sind an.

Ihre rechte Seite

Ihre linke Seite



Quelle: http://rheumors.com/ra_outcome_project.html

Vorerkrankungen (Diagnosen):

Allergien/ Unverträglichkeiten: _____

Lactose / Fructose Intoleranz? _____

Tabak- Konsum: _____/Tag

Alkohol- Konsum: _____ / Tag

Machen Sie regelmäßig Sport? _____

Hatten Sie Knochenbrüche? _____

(Bei Frauen) Menopause? _____

Familienanamnese: Leiden Ihre Eltern und/oder Geschwister unter nachfolgenden Erkrankungen? (Bitte umkreisen)

Rheumatoide Arthritis	Schuppenflechte	Morbus Bechterew
Morbus Crohn	Colitis ulcerosa	Herzschwäche

Aktuelle Medikamentenanamnese:

Welche Medikamente nehmen Sie?	Wie oft?	Seit wann?
_____	_____ mg ; wie oft: _____	seit _____
_____	_____ mg ; wie oft: _____	seit _____
_____	_____ mg ; wie oft: _____	seit _____
_____	_____ mg ; wie oft: _____	seit _____

Wurden Sie schon einmal mit **Kortison/ Steroid** (z.B. Prednisolon) behandelt?

Haben Sie schon einmal eine **Basistherapie** (MTX/ Methotrexat, Leflunomid, Azathioprin etc) erhalten?

Wurde bei Ihnen ein **Biologikatherapie** (als Injektions- oder Infusionstherapie) eingesetzt?

Weitere Behandlung:

Physikalische Medizin, Funktionsgymnastik/ Massagen

Berufsanamnese:

Üben Sie eine vorwiegend sitzende Tätigkeit aus? ja nein
Verrichten Sie körperlich schwere Arbeiten? ja nein
Zurzeit kein aktives Arbeitsverhältnis: (z.B. Elternzeit; Rente) ja nein

Berentung seit: _____

Für gesetzlich Versicherte:

Ich bin damit einverstanden, dass der von mir angegebene Hausarzt oder mitbehandelnde Arzt/Überweiser (siehe Überweisungsschein) einen Befundbericht erhält.

Ja Nein

Für Privatpatienten:

Sollen wir einen Arzt über die Behandlungsergebnisse informieren?

Ja Nein

Name: _____

Fachrichtung: _____

Anschrift: _____

München, den _____
Unterschrift Patient/in