

## Anamnese / Patientenfragebogen

Name, Vorname:	Datum:
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Telefon:	
E-Mail:	
Hausarzt:	überweisender Arzt:
Medikamente:	

Allergien:

Vorstellungsgrund:

Aktuelle Beschwerden:

Rheumaerkrankungen in der Familie:

Familienstand: ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet  Kinder (Anzahl)

Beruf:

RHEUMATOLOGISCHE VORERKRANKUNGEN: nein  ja

Wenn ja: was: seit wann

Bisherige Therapie: seit wann beendet wegen:

WEITERE VORERKRANKUNGEN:

Schilddrüse: nein  ja  seit wann Therapie

Herz-Kreislaufsystem:(wie z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Embolie, Herzrhythmusstörungen, Durchblutungsstörungen, Thrombose) nein  ja

wenn ja, was: seit wann Therapie

