

- Rheumatologie
- Innere Medizin
- Physikalische Therapie
- Osteologie (DVO)

Vorbereitung auf den Besuch beim Rheumatologen

Bitte mitbringen:

Gesetzlich Versicherte:

- Gültige Versichertenkarte
- Krankheitsrelevante Vorbefunde (z.B. Röntgenbilder der letzten 1-3Jahre, schriftlicher Befund zu CT-/MRT-Untersuchungen, Laborergebnisse der letzten 3-6 Monate)
- Überweisungsschein zum Rheumatologen für das aktuelle Quartal

Privat Versicherte:

- Gültige Versichertenkarte (falls vorhanden)
- Krankheitsrelevante Vorbefunde (z.B. Röntgenbilder der letzten 1-3Jahre, schriftlicher Befund zu CT-/MRT-Untersuchungen, Laborergebnisse der letzten 3-6 Monate)

Fragen zur Vorgeschichte

Haben/Hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?	Ja	Nein	Weiß nicht
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma, Heuschnupfen, chronische Bronchitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt, Angina pectoris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krampfadern, Thrombose, offene Beine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen- /Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelbsucht, Lebererkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schuppenflechte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht eine Allergie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn Ja: wogegen? _____			
Wurden Sie schon einmal operiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wenn Ja: woran? _____			
Welche Medikamente nehmen Sie und in welcher Dosierung?			

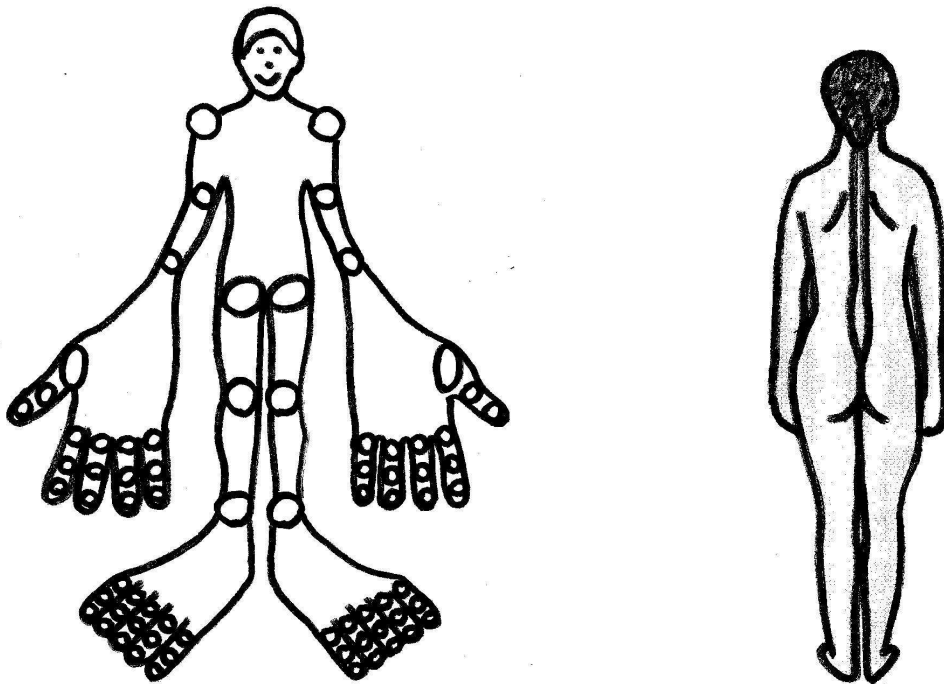
Sind in Ihrer Familie rheumatische Erkrankungen bekannt? Ja Nein

Wenn Ja: Wer und was ? _____

Ist in Ihrer Familie eine Schuppenflechte bekannt? Ja Nein

Wo habe ich derzeit Probleme?

Ort der Schmerzen / Schwellungen bitte in den Zeichnungen markieren.



Persönliche Angaben:

Name: _____

Telefonnummer: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg