

# Anamnesebogen für Neupatienten



**Vielen Dank für die gewissenhafte Beantwortung der Fragen.  
Nur so kann Ihre Ärztin Sie optimal behandeln.**

Name

Alter                      Körpergröße                      cm                      Gewicht                      kg

Beruf/aktuelle Tätigkeit

Familienstand

Pflegestufe

Grad der Behinderung

Name des Hausarztes

Vorerkrankungen und chronische Erkrankungen bitte nennen

Operationen

## Zutreffendes bitte kennzeichnen

Bekannte rheumatische Erkrankung                      ja                      nein  
wenn ja, seit wann?

Rheuma bei Eltern, Großeltern?                      ja                      nein

Schuppenflechte bei Eltern, Großeltern?                      ja                      nein

Allergien                      ja                      nein  
wenn ja, welche?

Raucher                      ja                      nein  
wieviel täglich?

Alkohol                      gelegentlich                      täglich                      nein

Übelkeit/Erbrechen/Sodbrennen	ja	nein
Husten/Auswurf/Luftnot	ja	nein
Bauchschmerzen/Durchfälle/blutiger Stuhl	ja	nein
Brennen beim Wasserlassen, blutiger Urin	ja	nein
Schwindel, Herzschmerzen, Ödeme	ja	nein
Regelmäßig Fieberschübe/Nachtschweiß/Schlafstörungen	ja	nein
Gelenkschmerzen, Gelenkschwellungen	ja	nein
Muskelschmerzen/Muskelschwäche	ja	nein
Steifigkeit der Gelenke am Morgen > 30 min	ja	nein
Werden Ihre Finger oder Zehen bei Kälte weißlich oder bläulich?	ja	nein
Leiden Sie unter trockenen Augen oder stark trockenem Mund	ja	nein
Haben Sie ohne Grund offene Stellen/Aphten im Mund?	ja	nein
Haben Sie eine Sonnenallergie?	ja	nein
Wird Ihre Haut härter?	ja	nein
Haben Sie tiefsitzende Rückenschmerzen?	ja	nein
Wenn ja-wachen Sie davon auf?	ja	nein
Werden diese Rückenschmerzen durch Bewegung besser?	ja	nein
Haben Sie Achillessehnen Schmerzen?	ja	nein
Haben/Hatten Sie Augenentzündungen, z.b. der Regenbogenhaut	ja	nein
Haben Sie neu aufgetretene Kopfschmerzen an der Schläfe	ja	nein
Haben Sie neu aufgetretene Schmerzen beim Kauen?	ja	nein
Hatten Sie eine Wanderröte nach einem Zeckenbiss?	ja	nein
Hatten Sie Knochenbrüche?	ja	nein
Wenn ja, wo und wann:		

Datum, Unterschrift

