



Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Tel. Nr. (privat): _____

Tel. Nr. (geschäftl./mobil): _____

Gewicht: _____ kg

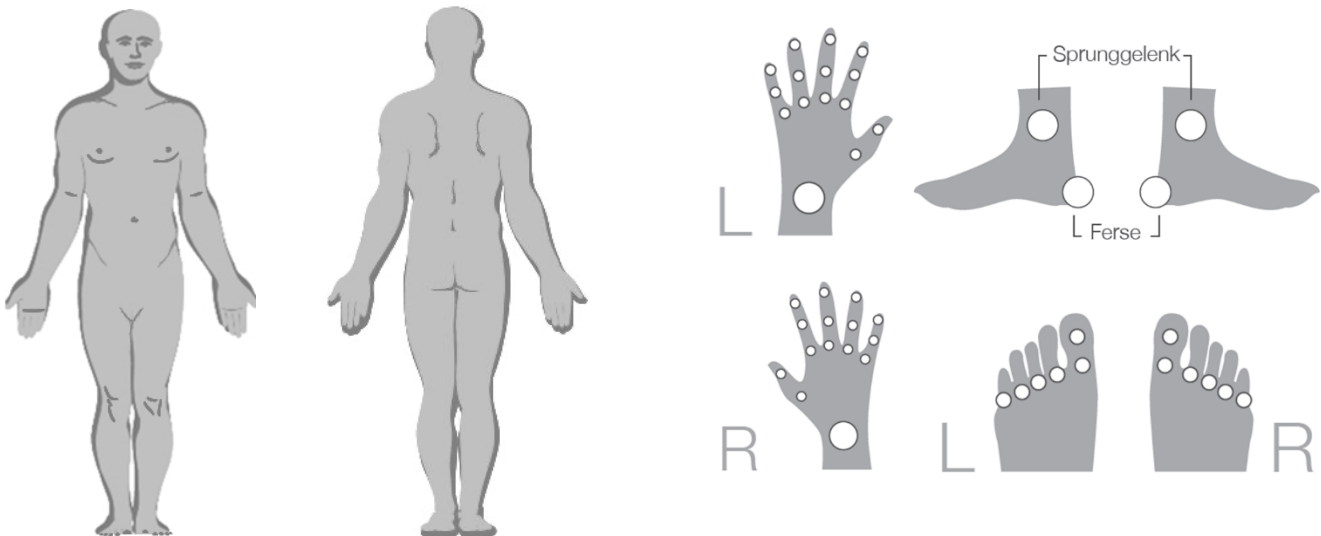
Größe: _____ cm

Erste rheumatologische Vorstellung? Ja Nein

Hausarzt: _____

○ Seit wann haben Sie Beschwerden? _____

○ Bitte kennzeichnen Sie die Körperregionen, die Ihnen Beschwerden bereiten



○ Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt? Welche Operationen wurden durchgeführt?

○ Sind folgende Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt:

Schuppenflechte Rheumatische Gelenkerkrankungen

Morbus Bechterew Gicht

Andere: _____

- Sind Allergien bekannt?

- Welche Medikamente nehmen Sie ein? (Name, Stärke, Häufigkeit der Einnahme/Anzahl der Tabletten) bitte eintragen oder aktuellen Medikamentenplan beifügen

- Nikotin? _____ Zigaretten am Tag seit _____

Alkohol? _____

- Welchen Beruf üben/übten Sie aus? _____

- Treiben Sie Sport? _____

- Haben Sie folgende Symptome?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fersenschmerzen | <input type="checkbox"/> Weißwerden der Finger bei Kälte |
| <input type="checkbox"/> Augenentzündungen | <input type="checkbox"/> Hautveränderungen |
| <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen/Muskelschwäche | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> Haarausfall |
| <input type="checkbox"/> Harnwegsinfekt | <input type="checkbox"/> Durchfallserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme | <input type="checkbox"/> Fieber |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | |

- Welche Impfungen wurden in den letzten 10 Jahren bei Ihnen durchgeführt?

Dr. med. Ursula Mauß-Etzler

Schwerpunktpraxis
für Rheumatologie und
Klinische Immunologie

Karlstr. 106
76137 Karlsruhe

Tel. 0721/ 9338008
Fax 0721/ 9338009