



Name: \_\_\_\_\_

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

arbeitsfähig: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

berentet: \_\_\_\_\_

Gelenkbeschwerden seit: \_\_\_\_\_

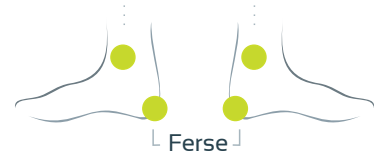
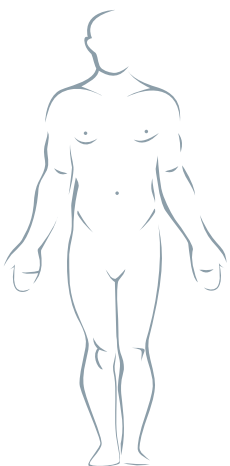
Morgensteifigkeit: (Minuten) \_\_\_\_\_

Vorderansicht

Rückansicht

Links

Sprunggelenk



Rechts

Links

Rechts



Rückenschmerzen: \_\_\_\_\_

Muskelschmerzen: \_\_\_\_\_

Muskelschwäche: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein?

ja  nein ( Falls ja, bitte separate Liste ausfüllen )

Sind Allergien bekannt?

ja  nein gegen? \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  ja  nein

Treiben Sie Sport?  ja  nein

Gewicht: \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol?  ja  nein

Krankengymnastik:  ja  nein

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?

- chronisch entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa)
- Gicht
- Morbus Bechterew
- Rheumatoide Arthritis

- Rheumatoide Arthritis
- Arthrose
- Schuppenflechte (Psoriasis)
- andere Erkrankungen: \_\_\_\_\_



- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Haben Sie immer wieder Kopfschmerzen?   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie Hörstörungen oder Sehstörungen?   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie immer wieder Entzündungen oder Rötungen der Augen?                        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie trockene Augen oder einen trockenen Mund?                                 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie immer wieder offene Stellen („Aphten“) im Mund?                           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie immer wieder Lymphknotenschwellungen?                                     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie immer wieder Entzündungen der Speicheldrüsen?                             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie Atemnot, Husten, Auswurf oder Schmerzen in der Brust?                     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sind chronische Herzerkrankungen oder Lungenerkrankungen bekannt?                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie Schluckstörungen, Bauchschmerzen, Übelkeit oder Durchfall?                | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sind chronische Magen/Darmerkrankungen bekannt?                                     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sind chronische Erkrankungen der Harnwege bekannt?                                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sind chronische Erkrankungen der Geschlechtsorgane bekannt?                         | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie Kribbelgefühle an Hände oder Füßen?                                       | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sind chronische Nervenerkrankungen bekannt?   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sind chronische Stoffwechselerkrankungen bekannt?                                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Verfärben sich bei Ihnen Finger oder Zehen blau oder weiß (z.B. bei Kälte)?         | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie eine Sonnenallergie?  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie ungewollt Gewicht abgenommen?   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schwitzen Sie in der Nacht?   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie immer wieder Fieber?  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie chronische Infektionserkrankungen? (Hepatitis, HIV, TBC)                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Hatten Sie schon einmal eine Krebserkrankung?                                       | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie dauerhaft Schnupfen oder Nasennebenhöhlenentzündungen?                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie immer wieder Harnwegsinfekte/Blasenentzündungen?                          | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Können Sie sich an einen Zeckenstich erinnern?                                      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sind Sie schon einmal operiert worden?  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Was und wann?.....  |                          |                            |
| .....   |                          |                            |
| Waren Sie in den letzten 12 Monaten im außereuropäischen Ausland?                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie Metall im Körper?   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sind Sie damit einverstanden, dass Ihr überweisender Arzt einen Arztbericht erhält? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |