

Rheumatologie an der Kanalstraße – Katrin Bluhm

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte beantworten Sie diesen Fragebogen und bringen ihn zu dem Arzttermin mit.

Bitte bringen Sie auch Ihre Arztbriefe und Befunde der letzten 5 Jahre mit.

Alle Ihre Angaben sind freiwillig und werden von uns vertraulich behandelt.

Herzlichen Dank und viele Grüße,

Katrin Bluhm und Praxisteam

Name: **Vorname:** **Geburtsdatum:**

Körpergröße: cm **Gewicht:** kg

Sind bei Ihnen schon rheumatologische Erkrankungen bekannt: Nein Ja

Falls ja, welche und wo wurden diese diagnostiziert:

Welche dieser Beschwerden liegen bei Ihnen vor?

Gelenkschmerzen/Gelenkschwellungen oder Rückenschmerzen: Nein Ja

Falls ja, bitte kreuzen Sie in der Abbildung an, wo überall:

Muskelschmerzen: Nein Ja

Augenentzündungen: Nein Ja

Trockene Augen oder Schleimhäute: Nein Ja

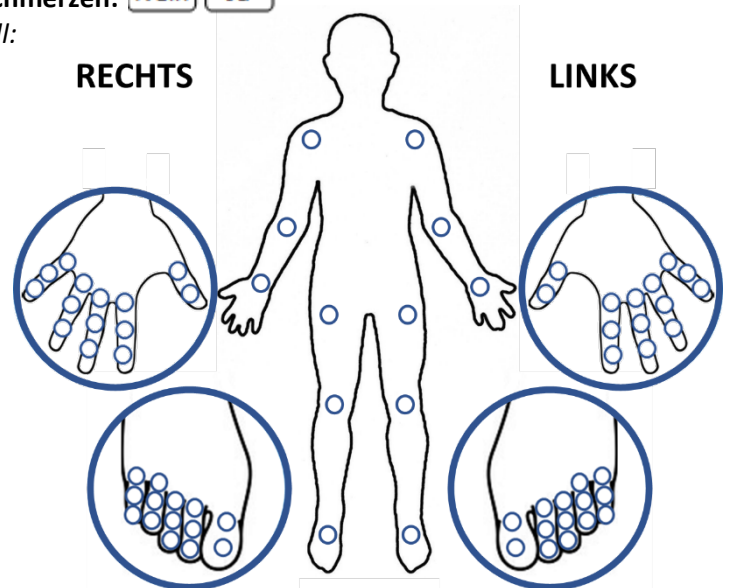
Hautveränderungen: Nein Ja

Blau-weiße Fingerverfärbungen bei Kälte: Nein Ja

Nachtschweiß oder Fieber: Nein Ja

Müdigkeit: Nein Ja

Kraftlosigkeit: Nein Ja



Welche dieser Untersuchungen wurden bei Ihnen bereits durchgeführt?

Bitte kreuzen Sie jeweils Nein oder Ja an. Falls Ja, geben Sie bitte das Datum der letzten Untersuchung an.

Magenspiegelung (Gastroskopie): Nein Ja

Dickdarmspiegelung (Koloskopie): Nein Ja

Knochendichtemessung: Nein Ja

Röntgen-/CT-Untersuchungen: Nein Ja

Mammographie: Nein Ja

Gynäkologische/urologische Vorsorgeuntersuchung: Nein Ja

Praxisadresse: Kanalstraße 8/9, 14776 Brandenburg

Telefon: 03381-21 82 292, Fax: 03381-21 82 294; E-Mail: termin@rheumatologie-kanalstrasse.de

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen/Voroperationen bekannt?

Bitte kreuzen Sie jeweils Nein oder Ja an. Falls Ja, geben Sie bitte an, welche Vorerkrankungen/OP vorliegen.

Herz: Nein Ja

Bluthochdruck: Nein Ja

Thrombose: Nein Ja

Lungenembolie: Nein Ja

Lunge: Nein Ja

Magen: Nein Ja

Darm: Nein Ja

Leber/Gallenblase: Nein Ja

Nieren/Harnblase: Nein Ja

Gebärmutter/Eierstöcke: Nein Ja

Prostata: Nein Ja

Haut/Psoriasis Nein Ja

Schlaganfall/Epilepsie: Nein Ja

Diabetes: Nein Ja

Schilddrüse: Nein Ja

Osteoporose: Nein Ja

Knochenbrüche: Nein Ja

Allergien: Nein Ja

Covid-19: Nein Ja

Krebserkrankungen: Nein Ja

Weitere Operationen: Nein Ja

Andere Erkrankungen: Nein Ja

Welche dieser Impfungen haben Sie erhalten?

Bitte kreuzen Sie jeweils Nein oder Ja an. Falls Ja, geben Sie bitte an, wann Sie zuletzt geimpft wurden.

Influenza (Grippe): Nein Ja Pneumokokken: Nein Ja

Covid (SARS-CoV-2): Nein Ja Gürtelrose (Herpes zoster): Nein Ja