

NAME/VORNAME

GEBURTSDATUM

FRAGEBOGEN ZUR ERSTUNTERSUCHUNG**Schreiben Sie bitte einen Text und / oder machen Sie im zutreffenden Feld () ein Kreuz.****Wo** haben/hatten Sie Schmerzen (**Gelenke, Rücken, Weichteile**)?Welche Gelenke sind/ waren **geschwollen**? Keine, bzw.Was wurde an Gelenken schon einmal **operiert**? Nichts, bzw. was?

Wo haben Sie **Rückenschmerzen**? keine Halswirbelsäule Lendenwirbelsäule
 Brustwirbelsäule Kreuz einseitig

Wann/Wobei treten **Rückenschmerzen** auf? Heben Bücken Sitzen
 Liegen Gehen Stehen
 nachts beim Aufstehen nach langem Liegen
 bzw.

Wurde die Wirbelsäule schon einmal **operiert**? nein bzw. was?Haben/ hatte Sie **Brustkorbschmerzen**? nein jaWie kommen Sie **morgens in Gang**?

Sind Ihre **Hände** morgens **steif**? nein ja
 Wie lange etwa? 5 Minuten
 30 Minuten
 über 60 Minuten

Seit wann haben Sie **Beschwerden** an Gelenken und/oder im Rücken?**Gelenke** **Rücken**Gibt es **Rheuma** in Ihrer **Familie**? nein, bzw. welches?Haben / Hatten Sie einen schweren **Haarausfall**? nein ja ja herdförmigHatten Sie eine **Thrombose / Lungenembolie**? nein jaTreten Ihre Beschwerden mit **Fieber** auf? nein jaLeiden oder litten Sie an **Angina**? nein jaHaben Sie eine "**Sonnenallergie**"? nein bzw. seit wann?Werden Ihre Finger beim Berühren **kalter Gegenstände** blau oder weiß? nein jaHatten Sie eine Harnröhren- / **Blasenentzündung**? nein ja

- Hatten Sie einen **Zeckenbiss**? nein ja, wann?
- Hatten Sie schwere **Durchfälle**? nein ja, wann?
- Hatten Sie **Entzündungen der Augen**? nein ja, weshalb?
- Wenden Sie **Augentropfen** an? nein ja, wegen?
- Haben Sie einen **trockenen Mund**? nein ja
- Wirken sich Ihre Beschwerden auf Ihre **Stimmung** aus? nein ja, wie?
- Wie **schlafen** Sie? gut Einschlafstörung wache nachts auf
 bin morgens nicht ausgeruht habe nachts Schmerzen
 bin tagsüber müde und schlapp
- Können Sie einen **Drehverschluss** mit den Händen öffnen? nein ja fällt schwer
- Können Sie sich die **Schuhe** anziehen? nein ja fällt schwer
- Können Sie sich ein **Hemd** anziehen? nein ja fällt schwer
- Können Sie **Treppauf- / Abgehen**? nein ja fällt schwer
- Wie **weit** (in **km**....) bzw. wie lange (in **Stunden**.....) können Sie **gehen**?
- Was **behindert** Sie im Gehen?
- Benützen Sie eine **Gehilfe**? nein ja
- Worin sind Sie im Alltag durch Ihre **Beschwerden** behindert?
- Haben / Hatten Sie eine **Schuppenflechte**? nein ja
- Gibt es **Schuppenflechte** in Ihrer **Familie**? nicht bekannt ja
- Haben Sie **Herz- / Kreislaufbeschwerden** oder ein entsprechendes Leiden? nein, bzw. was?
- Haben Sie **Atemnot**? nein ja, in Ruhe ja, nur bei Anstrengungen
- Haben Sie andauernd **Husten**? nein ja mit Auswurf ja, ohne Auswurf
- Haben Sie eine **Allergie**? nein ja, wie?
 Ausschläge Atemnot
 Schnupfen Kreislauf
- Haben Sie abends **geschwollene Beine**? nein ja

- Müssen Sie **nachts Wasser lassen**? nein ja, wie oft?
- Haben Sie Beschwerden beim **Wasserlassen**? nein ja, welche?
- Trinken Sie **Alkohol**? nein gelegentlich jeden Tag
 habe/hatte Problem damit
- Trat bei Ihnen ein **Gewichtsverlust** auf? nein ja, um Kg. Weshalb?
- Rauchen** Sie? nein gelegentlich regelmäßig
 viel rauche nicht mehr seit
- Haben/ hatten Sie eine **Tuberkulose**? nein ja ja, an der Lunge
 bin geimpft
- Haben Sie **Bauchschmerzen**? nein Oberbauch Unterbauch
 nüchtern nach Essen habe Luft im Bauch
 leide an Verstopfung
- Hatten Sie ein **Magengeschwür**? nein ja
- Welche **Nahrungsmittel** vertragen Sie nicht? vertrage alles

- Haben Sie **Osteoporose**? nein nein, aber das gibt es in meiner Familie
 ja
- Sind Sie **gestürzt**? nein ja wegen Schwindel
 ja bin gestolpert ja. ohne Grund
- Wann war die letzte **Vorsorgeuntersuchung**?
- An welchen **schweren Krankheiten** litten oder leiden Sie? (Diabetes, Bluthochdruck etc.) ?

- Wurden Sie schon einmal **operiert**? nein
 ja, es wurden folgende Operationen durchgeführt:

- Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein (*Dosis und Stärke, bitte auch mitbringen*)?

- Wurden Sie schon einmal mit **Kortison** behandelt? Nein ja Dosis mg. Wegen?

Welche **Medikamente** wurden von Ihnen **nicht vertragen**?

.....

Welche **Nebenwirkungen** traten auf?

.....

Welche **Schmerzmittel** haben Sie **bisher eingenommen**?

.....

Wofür haben Sie **Krankengymnastik, Massagen** oder ähnliche Behandlung bekommen?

.....

Sind Sie **schwerbeschädigt**? nein, bzw. wieviel Prozent GdB ?

Was **arbeiten** Sie?

Sind Sie **krankgeschrieben**? nein, bzw. seit wann?

Wenn Sie **berentet** bzw. im Ruhestand sind, sind Sie: im Vorruhestand
 vorzeitig berentet wegen Erwerbs-/ Berufsunfähigkeit seit
 berentet wegen Erreichung der Altersgrenze seit

Sie (sind) verheiratet ledig geschieden
 verwitwet leben alleine

Haben Sie **Kinder**? nein Wie viele?

Wohnen diese noch bei Ihnen? nein ja

Wie **schwer** sind Sie? Wie **groß** sind Sie?kgcm

Wurden Sie kleiner? nein ja

Welche **Röntgenuntersuchungen** wurden bei Ihnen bereits vorgenommen, wann?

.....

.....
 Straße, PLZ, Ort

.....
 Telefon/Mobil oder Fax

Bitte bringen Sie Ihre Befundberichte mit (Arztbriefe, Krankenhaus-Entlassberichte, Laborwerte, Röntgenbilder, etc.)