

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? .....kg .....cm

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.)**