



Name Herr/Frau: _____

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten!

Im Gespräch zwischen Arzt und Patient wird vieles vergessen. Ich bitte Sie deshalb, vorab einige Fragen gewissenhaft zu beantworten. Dadurch haben wir im Sprechzimmer mehr Zeit für das eigentliche Gespräch mit Ihnen und die Untersuchung. Vielen Dank!

1. Welche Beschwerden führen Sie zu uns?

Gelenk-, Muskelschmerzen und/oder Schwellungen

- bitte nutzen Sie die Skizze auf der nächsten Seite, um die betroffenen Körperteile zu markieren.

andere, und zwar:

2. Seit wann bestehen die Beschwerden?

3. Wann treten die Beschwerden auf? (Bitte alles ankreuzen, was infrage kommt)

nachts/frühmorgens bei Belastung in Ruhe abends

eher bei Kälte eher bei Wärme immer

4. Notieren Sie bitte kurz alle anderen Ihrer bisherigen Erkrankungen sowie evtl. Allergien:
z. B. Bluthochdruck, Diabetes, Krebserkrankungen, Operationen (wann?)

5. Gab / gibt es in Ihrer Familie bereits Rheumaerkrankungen?

nein ja, und zwar bei:

6. Leiden Sie oder jemand aus Ihrer Familie an einer Schuppenflechte (Psoriasis)?

nein ja, und zwar:

7. Haben Sie andere Hauterkrankungen?

nein ja, und zwar:

8. Leiden Sie häufiger unter offenen Stellen im Mund (Aphthen)? nein ja

9. Reagiert Ihre Haut auf Sonnenlicht mit Ausschlägen? nein ja

10. Haben Sie häufig einen trockenen Mund oder trockene Augen? nein ja

11. Haben Sie häufiger ohne klaren Grund Fieber? nein ja
12. Haben Sie in letzter Zeit ungewollt Körpergewicht verloren? nein ja
13. Haben Sie regelmäßig Durchfälle?
 nein ja, und zwar so oft:
14. Leiden Sie unter ungewöhnlichem Haarausfall? nein ja
15. Wachen Sie häufiger nachts wegen Rückenschmerzen auf? nein ja
16. Sind Ihre Gelenke bzw. ist Ihre Wirbelsäule morgens steif?
 nein ja, und zwar ca.: (Minuten / Stunden)
17. Haben Sie häufiger ein Kribbeln in den Händen oder Füßen? nein ja
18. Hatten Sie schon eine ungewöhnliche Augenentzündung, z. B. eine Uveitis/Iritis (Entzündung der Regenbogenhaut)? nein ja
19. Hatten Sie schon einmal eine Thrombose oder Lungenembolie?
 nein ja, und zwar:
20. Bei Frauen (freiwillige Angabe): Hatten Sie schon eine Fehlgeburt? nein ja
21. Leiden Sie unter einer außerordentlichen Müdigkeit? nein ja
22. Haben Sie häufig Kopfschmerzen? nein ja
23. Haben Sie bei sich Schluckstörungen bemerkt? nein ja
24. Leiden Sie häufiger unter Nasenbluten/blutigen Borken in der Nase? nein ja
25. Haben Sie bei Kälte schon häufiger ein Weißwerden der Finger beobachtet (Sog. Raynaudphänomen)? nein ja
26. Hatten Sie schon einmal eine Borreliose (z.B. Wanderröte) nach einem Zeckenbiss?
 nein ja, und zwar:
27. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? (Bitte alles angeben)
- Falls Sie einen Medikamentenplan dabei haben, geben Sie ihn uns stattdessen gerne zum Kopieren.

28. Größe: cm Gewicht: kg

29. Rauchen Sie?

nein ja, und zwar ca. _____ Zigaretten am Tag.

30. Ich bin Rechtshänder/in Linkshänder/in beides

31. Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

- Vollzeit erwerbstätig, als: _____
- Teilzeit erwerbstätig, als: _____
- erwerbstätig und krankgeschrieben
- Hausfrau/Hausmann
- in Ausbildung oder Umschulung
- arbeitslos
- arbeitslos und krankgeschrieben
- berentet

32. Wenn Sie berentet bzw. im Ruhestand sind, sind Sie:

- auf Zeit berentet
- Im Vorruhestand
- vorzeitig berentet wegen Erwerbs-/Berufsunfähigkeit seit: _____
 - wegen einer rheumatischen Erkrankung
 - wegen einer anderen Erkrankung
- berentet wegen Erreichung der Altersgrenze seit: _____

Sie waren früher tätig als: _____

33. Wie leben Sie?

- alleine
- mit meinem/r Partner/in bzw. meiner Familie
- in einer WG / Wohneinrichtung
- in einem Alters- oder Pflegeheim
- anders: _____

Sehr geehrte/r Patient/in,

wenn Sie Termine nicht einhalten können, geben Sie uns bitte rechtzeitig Bescheid, um uns eine bessere Planung zu ermöglichen. Es gibt viele Patienten auf Wartelisten für einen Termin beim Rheumatologen.

Bitte haben Sie auch Verständnis dafür, dass wir Ihnen nach dem dritten versäumten (nicht abgesagten) Termin den Verlust in Rechnung stellen können.

Unterschrift: _____

Datum: _____

Datenschutzerklärung



Dr. med. Nadia Rinaldi

Formular

Kapitel 2 Do B

Unterstützende Prozesse

Name: _____

Geb. Datum: _____

Telefonnummer: _____

Datenschutzerklärung nach DSGVO ab 25.05.2018

Um eine reibungslose Kommunikation zwischen Ihren mitbehandelnden Ärzten, Krankenhäusern oder beispielsweise Apotheken zu ermöglichen, benötigen wir Ihre Mithilfe bzw. Ihr Einverständnis zur **Datenübermittlung**, damit wir Ihnen eine schnelle und korrekte Behandlung bieten können, um für Sie die bestmögliche Therapie zu finden. Über Ihre Rechte in puncto Datenschutz, informieren wir sie gerne in den ausgelegten Blättern im Wartezimmer und in jedem Behandlungszimmer.

Wichtig dafür sind für uns:

Versendung/Empfang per Fax oder Post von Arztbefunden an Ihre mitbehandelnden Ärzte, bzw. den Hausarzt, Rezepte, Telefonate mit mitbehandelnden Ärzten, e-Mail-Kontakt, Kommunikation/Abrechnung mit Ihrer Krankenkasse, die Kassenärztliche Vereinigung oder die Privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS) zur Abrechnung, oder das Labor zur Auswertung der Blutergebnisse.

Für alle weiteren Institutionen gilt weiterhin, dass wir **keine** personenbezogenen Daten weitergeben, ohne eine gesonderte Schweigepflichtentbindung ihrerseits. Dies betrifft z.B. die Rentenversicherung, Agentur für Arbeit, Landratsamt/Versorgungsamt, Sozialgericht, privaten Zusatzversicherungen o.ä.

Unterschrift: _____
ggf. des gesetzlichen Vertreters

Datum: _____

Sie sind berechtigt, Ihre Einverständniserklärung jederzeit ganz oder Teilweise zu widerrufen.

Unsere Praxissoftware, und im Allgemeinen unsere Computer, werden durch einen externen EDV-Mitarbeiter bei Problemen oder Systemausfall gewartet und repariert. Dieser externe Mitarbeiter hat keinen Zugriff auf einzelne Patientenakten und unterliegt, wie das gesamte Praxispersonal, der **ärztlichen Schweigepflicht** bzgl. persönlicher Patientendaten.

Dateiname: FO Datenschutzerklärung Patienten (01-0)
Ersteller: Fr. Dittrich
Freigabe: Dr. Rinaldi

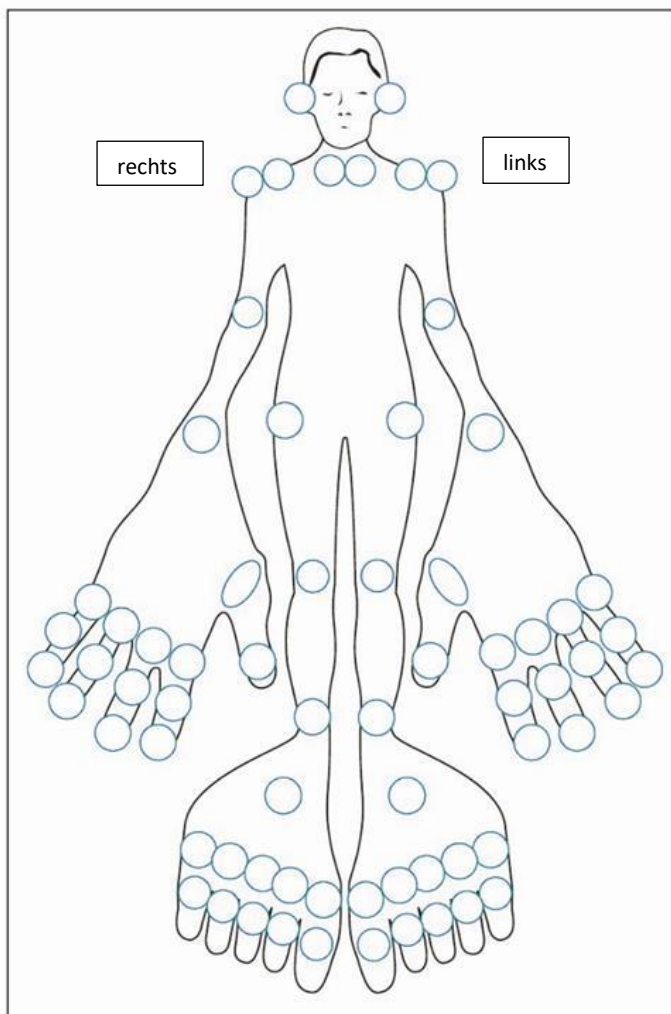
Seite: 1 von 1
Erstelldatum: 18.05.18
Freigabedatum: 22.05.18

Name: _____

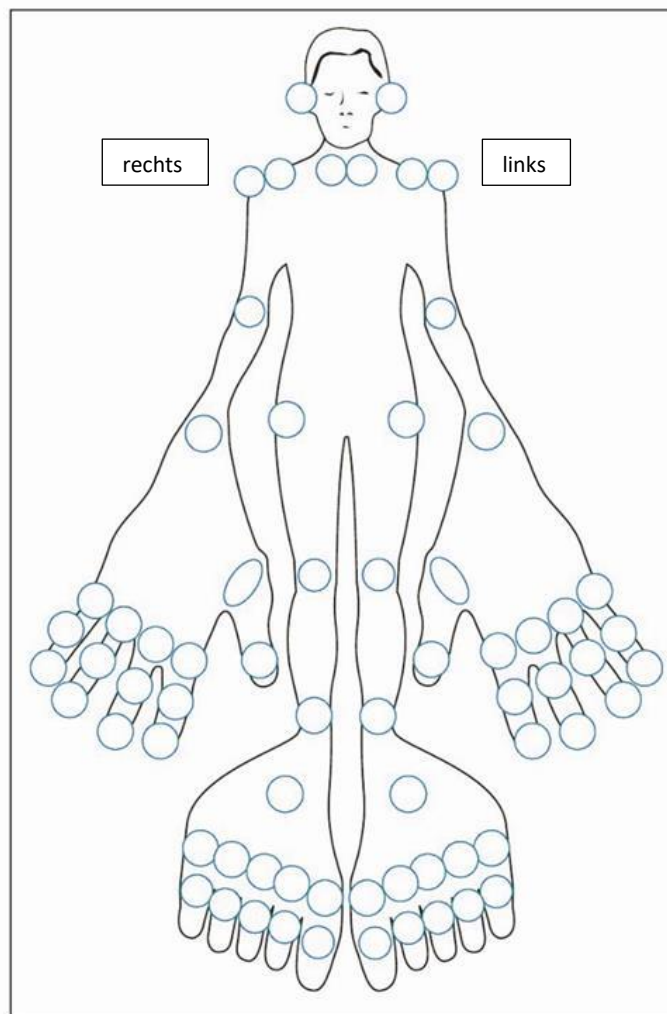
Vorname: _____

Bitte kreuzen Sie jeweils die druckschmerzhaften und geschwollenen Gelenke in den Schaubilder an

Druckschmerzhafte Gelenke



Geschwollene Gelenke



Markieren Sie bitte auf der Schmerzskala, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden



Kein Schmerz



Leichter Schmerz



Mittlerer Schmerz



Starker Schmerz



Sehr starker Schmerz



Stärkster vorstellbarer Schmerz