



FACHARZTZENTRUM in der MÖRKENSTRASSE



rheumatologie

KLINISCHE IMMUNOLOGIE • TAGESKLINIK



Rheumatologie • Mörkenstraße 47 • 22767 Hamburg

Checkliste für die Erstvorstellung

Praxisgemeinschaft &
Akademische Lehrpraxis UKE Hamburg

Dr. med. Peer M. Aries
Dr. med. Phillip Bremer
Dr. med. Naheed Sheikh
Dr. med. Andrea Gödde
Dr. med. Eva Terhalle-Aries

Mörkenstraße 43-47
22767 Hamburg-Altona

Tel | 040 87 03 36 3
Fax | 040 87 00 73 26

Rheumatologie@hamburg.de
www.rheumatologie.hamburg

Sehr geehrte Patientinnen, sehr geehrte Patienten,

Sie haben bereits einen Termin bei uns in der Sprechstunde vereinbart und möchten Ihren Besuch in unserem Zentrum vorbereiten?

Bitte versuchen Sie in den Tagen vor ihrem Besuch folgende Unterlagen in Kopie zu besorgen und legen die Unterlagen bei der Ankunft zu ihrem Termin zusammen mit dem ausgefüllten „Aufnahmebogen für die Erstvorstellung“ vor:

- | | liegt vor ? |
|---|--------------------------|
| • Arztbriefe Ärzte (Haus- und Fachärzte) | <input type="checkbox"/> |
| • Arztbriefe Krankenhäuser (alle) | <input type="checkbox"/> |
| • Schriftliche Untersuchungsbefunde von Röntgenuntersuchungen (Röntgen, CT, Kernspintomogramm (MRT), Skelettszintigraphie, Ultraschall) | <input type="checkbox"/> |
| • Laborbefunde | <input type="checkbox"/> |
| • Überweisung mit Fragestellung | <input type="checkbox"/> |
| • Kontaktdaten Hausarzt | <input type="checkbox"/> |
| • Aktueller Impfausweis | <input type="checkbox"/> |
| • Medikamentenplan (Name, Dosis und Zeitpunkt der Einnahme) | <input type="checkbox"/> |

Herzlichen Dank für Unterstützung !

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Praxisteam

Aufnahmebogen für Ihre Erstvorstellung

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Ihre Tel-Nr: Festnetz: _____ Mobil: _____

Ihre E-Mail Adresse: _____ @ _____ . _____

Ihr Hausarzt: Name: _____

Ihr Hausarzt: Adresse: _____

Wir sind nach § 73 Abs. 1 b SGB V verpflichtet eine Einverständniserklärung von Ihnen für die Übermittlung von Behandlungsdaten einzuholen: Sind sie damit einverstanden, dass wir bei *Ihren* anderen Ärzten ggf. Vorbefunde anfordern und *Ihren* anderen Ärzten unsere Befunde übersenden?

JA NEIN

(Ihre Unterschrift)

Die Praxismgemeinschaft *Rheumatologie im Struenseehaus* wird von Dr. Aries & Partner sowie Dr. Bremer gebildet. Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass die erhobenen Patientendaten im Falle einer Vertretung von den Ärzten dieser Praxismgemeinschaft eingesehen werden dürfen.

JA NEIN

(Ihre Unterschrift)

Wie Sind Sie auf diese Praxis aufmerksam gemacht worden ?

Arzt Internet Jameda Freunde _____

1] Ist bei Ihnen eine Rheuma-Erkrankung bereits bekannt ? Welche _____

2] Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit (bitte **ALLE** eintragen):

MEDIKAMENT	DOSIS (MG)	(MORGENS / MITTAGS / ABENDS)
_____	_____	____ / ____ / ____ BZW. ALLE ____ WOCHE(N)
_____	_____	____ / ____ / ____ BZW. ALLE ____ WOCHE(N)
_____	_____	____ / ____ / ____ BZW. ALLE ____ WOCHE(N)
_____	_____	____ / ____ / ____ BZW. ALLE ____ WOCHE(N)
_____	_____	____ / ____ / ____ BZW. ALLE ____ WOCHE(N)
_____	_____	____ / ____ / ____ BZW. ALLE ____ WOCHE(N)
_____	_____	____ / ____ / ____ BZW. ALLE ____ WOCHE(N)
_____	_____	____ / ____ / ____ BZW. ALLE ____ WOCHE(N)

3] Wo würden Sie auf der unten stehenden Skala **Ihre Schmerzen** in den letzten 7 Tagen im Durchschnitt einordnen?

Kein
Schmerz

maximaler
Schmerz



4) Welche der folgenden Erkrankungen ist ansonsten **bei IHNEN** bereits bekannt:

Schuppenflechte (Psoriasis)	<input type="checkbox"/>	Zeckenstich, Jahr: _____		
M. Crohn / Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	Tumor (Krebs)	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt/Schlaganfall <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Lungenembolie	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	Früh- / Fehlgeburt <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Thrombose	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	Lungenentzündung <input type="checkbox"/>

Was haben Sie für sonstige Erkrankungen: _____

Was haben Sie für Allergien: _____

Was hatten Sie für Operationen: _____

Sind Sie Raucher? Nein Ja, aktuell Nein, aber bis zum Jahr : _____

5) Welche der folgenden Beschwerden haben Sie in der **VERGANGENHEIT** gehabt ?

Schluckstörungen	<input type="checkbox"/>	Nachtschweiß	<input type="checkbox"/>	Haarausfall	<input type="checkbox"/>
Brennen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/>	rotes Auge	<input type="checkbox"/>
weiße/blau/kalte Finger	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	Fieber	<input type="checkbox"/>
trocken Augen/Mund	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	offene Stellen im Mund	<input type="checkbox"/>	Bluthusten	<input type="checkbox"/>
Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>	Durchfall	<input type="checkbox"/>
morgens „gerädert“ sein	<input type="checkbox"/>	vermehrt traurige Tage	<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>

6) Welche der folgenden Erkrankungen sind in **IHRER FAMILIE** bekannt ?

Schuppenflechte/Psoriasis wer ? _____

„Rheuma“: wer ? _____ welches Rheuma ? _____

7) Welche der folgenden Medikamente haben Sie bereits zu **irgendeinem Zeitpunkt** erhalten ?

MTX /Methotrexat	<input type="checkbox"/>	Imurek /Azathioprin	<input type="checkbox"/>	Pleon / Azulfidine	<input type="checkbox"/>	Orencia	<input type="checkbox"/>
Arava/Leflunomid	<input type="checkbox"/>	CellCept / Myfortic	<input type="checkbox"/>	Quensyl/Resochin	<input type="checkbox"/>	Xeljanz	<input type="checkbox"/>
RoActemra/Kevzara	<input type="checkbox"/>	Sandimmun	<input type="checkbox"/>	Endoxan	<input type="checkbox"/>	Infliximab	<input type="checkbox"/>
Cimzia	<input type="checkbox"/>	Enbrel / Benepali	<input type="checkbox"/>	Humira	<input type="checkbox"/>	Mabthera	<input type="checkbox"/>
Simponi	<input type="checkbox"/>	Otezla	<input type="checkbox"/>	Stelara	<input type="checkbox"/>	Oluminat	<input type="checkbox"/>

8) Ist bei Ihnen eine der folgenden Untersuchungen bereits durchgeführt worden ?

Magenspiegelung Darmspiegelung Knochendichte

Im Jahre _____ Im Jahre _____ Im Jahre _____

9) Sind Sie berufstätig ? Nein: Ja: , als _____ (Beruf)

Rente: seit _____ als Vollzeit: Teilzeit:

10) Haben Sie folgende sozialmedizinischen Anerkennung:

Keine , oder Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in % _____

Grad der Behinderung (GdB): _____ in % _____

In den folgenden Fragen geht es um die Tätigkeiten aus dem täglichen Leben. Bitte beantworten Sie jede Frage, wie es für Sie im Moment (in Bezug auf die letzten 7 Tage) zutrifft und kreuzen Sie das entsprechende Feld an.

Sie haben die Antwortmöglichkeiten:

	Ja	Ja, aber mit Mühe	Nein, oder nur mit fremder Hilfe
1. Können Sie Brot streichen ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Können Sie aus einem normal hohen Bett aufstehen ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Können Sie mit der Hand schreiben (z.B. Postkarte) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Können Sie Wasserhähne auf- und zu drehen ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Können Sie sich strecken, um z.B. ein Buch von einem hohen Regal zu holen ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Können Sie einen mindestens 10kg schweren Gegenstand (z.B. Koffer) hochheben und 10 Meter weit tragen ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Können Sie sich von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Können Sie sich bücken und einen leichten Gegenstand (z.B. Geldstück) vom Fußboden aufheben ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Können Sie sich über einem Waschbecken die Haare waschen ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Können Sie 1 Stunde auf einem ungepolsterten Stuhl sitzen ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Können Sie 30 Minuten ohne Unterbrechung stehen (z.B. in einer Warteschlange) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Können Sie sich im Bett aus der Rückenlage aufsetzen ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Können Sie Strümpfe an- und ausziehen ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Können Sie im Sitzen einen kleinen heruntergefallenen Gegenstand (z.B. Münze) neben dem Stuhl aufheben ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Können Sie einen schweren Gegenstand (z.B. Kasten Mineralwasser) vom Boden auf den Tisch stellen ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Können Sie sich einen Wintermantel an- und ausziehen ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Können Sie ca. 100 Meter schnell laufen (nicht gehen) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Können Sie öffentliche Verkehrsmittel (Bus, Bahn) benutzen ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

für internen Gebrauch: erreichte Punkte x100 / 36= FFbH: _____%

[2]

[1]

[0]