



Name: _____

Geburtsdatum: _____

Tel. Nr. (privat): _____

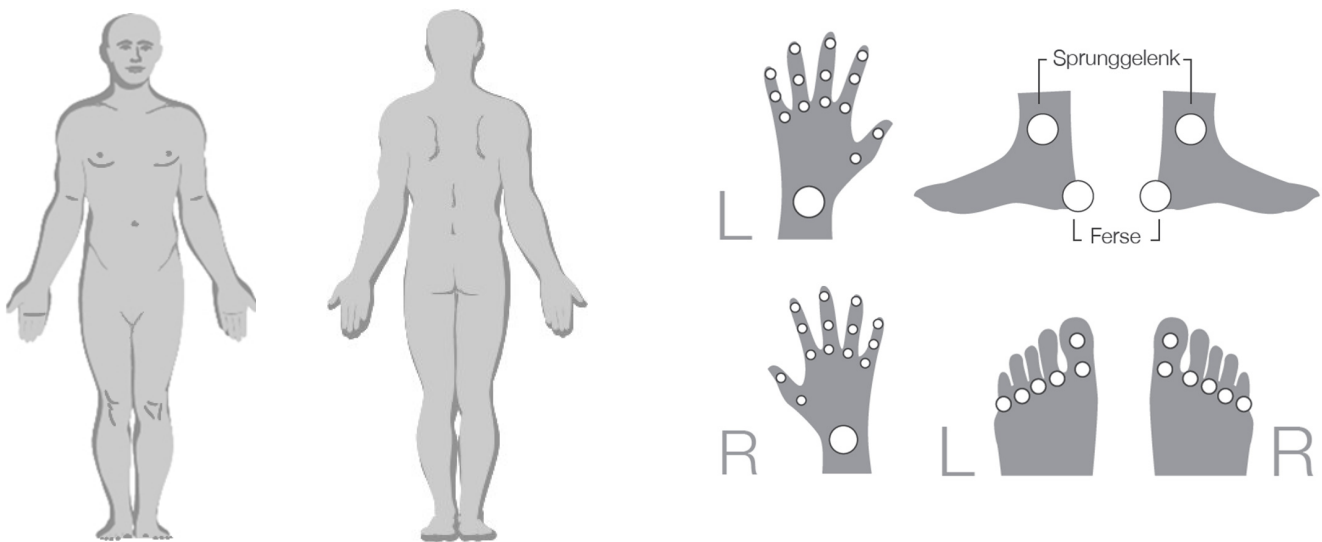
Tel. Nr (geschäftl.): _____

Gewicht: _____ kg

Größe: _____ cm

○ Seit wann haben Sie Beschwerden? _____

○ Bitte kennzeichnen Sie die Körperregionen, die Ihnen Beschwerden bereiten:



○ Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt? Welche Operationen wurden durchgeführt?

○ Sind folgende Erkrankungen in Ihrer Familie aufgetreten:

Schuppenflechte

Rheumatische Gelenkerkrankungen

Morbus Bechterew

Gicht

Andere: _____

- Sind Allergien bekannt?

- Welche Medikamente nehmen Sie ein?

- Nikotin? _____ Zigaretten am Tag seit _____

- Alkohol? _____

- Welchen Beruf üben/übten Sie aus? _____

- Treiben Sie Sport? _____

- Haben Sie folgende Symptome?

Fersenschmerzen

Weißwerden der Finger bei Kälte

trockener Mund/ Augen

Augenentzündungen

Hautveränderungen

Schlafstörungen

Muskelschmerzen/Muskelschwäche

Kopfschmerzen

Schluckbeschwerden

Haarausfall

Harnwegsinfekt

Durchfallserkrankungen

Gewichtsabnahme

Fieber

- Welche Impfungen wurden in den letzten 10 Jahren bei Ihnen durchgeführt?
