

Der Fragebogen zu Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zu Ihrer Erstanamnese bei Ihrem Homöopathen mit.

Vorname/Name _____

Geburtsdatum _____

Geschlecht? weiblich männlich

WAS? Welche Art der Krankheit liegt bei Ihnen vor? Wurde eine/mehrere klinische Diagnose/n erstellt?

nein

ja, Diagnose/Verdacht/Datum _____

Bitte vorhandene Befunde mitbringen.

Unter welchen Beschwerden leiden Sie am meisten, bzw. was ist das **Schlimmste**?

Schmerzen Steifheit Deformierung Bewegungseinschränkung Schwellung

Schwäche Antriebslosigkeit Sonstiges _____

WO? sind Ihre Hauptbeschwerden lokalisiert?

Bitte Zutreffendes unterstreichen: Gelenke (große Gelenke, kleine Gelenke), Wirbelsäule, Muskulatur, Sehnen, Knochen, Weichteile (Bindegewebe), Knochenhaut, Sonstiges....

Nähere Angaben:

Können Sie einen **eindeutigen Seitenbezug** erkennen?

rechtsseitig linksseitig diagonal beidseitig keinerlei Seitenbezug

ständiger Seitenwechsel

Konnten Sie einen **Wechsel** der Lokalisation bzw. einen Richtungsverlauf erkennen?

nein ja (von oben nach unten, von unten nach oben, von rechts nach links, von links nach rechts, ständiger Seitenwechsel) **bitte Zutreffendes unterstreichen!**

Sonstiges: _____

CAUSA?

Gibt es Ihrer Meinung nach einen **kausalen oder zeitlichen Zusammenhang** bzw. krankheitsauslösende Faktoren?

(Beispielsweise: schwerer Kummer, anhaltende Stresssituation, Trauma, Hormonumstellung (Pubertät, Schwangerschaft, Wechseljahre), Gewichtszunahme, Hormonbehandlung (Pille, Hormonspirale), schwere Infektionen (z.B. eitrige Mandelentzündungen, Pfeiffersches Drüsenfieber, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Sepsis...), Grippe, Medikamente (gehäufte Antibiotikabehandlungen), Impfungen, etc.?) **bitte Zutreffendes unterstreichen!**

Sonstiges:

WIE?

Hier geht es um die **Schmerzqualität**, wie würden Sie Ihre Schmerzen beschreiben?

Beispielsweise: reißend, drückend, stechend, bohrend, lanzinierend, ziehend, berstend, einschnürend, oder:

bitte Zutreffendes unterstreichen!

Bei Vorhandensein von **Schwellungen**, wie sind diese beschaffen:

weich, teigig hart heiße, ödematös und rot

WANN?

Zu welcher Tages- oder Nachtzeit haben Sie Ihre schlimmsten Beschwerden (Schmerzmaximum):

frühmorgens tagsüber mit dem Sonnenverlauf zunehmend abends nachts ständig

immer zu einer bestimmten Tages-/Uhrzeit Wann? _____

In welcher **Jahreszeit** treten Ihre Beschwerden am häufigsten auf? _____

Spielen **Wettereinflüsse** spielen eine Rolle?

Vor dem Schneefall während Schneefall Wetterwechsel zu kalt Wetterwechsel zu feucht-kalt

Wetterwechsel zu warm (Föhn) Wetterwechsel in jede Richtung

feucht-kaltes Wetter heißes Wetter trockenes Wetter Wind/Sturm/Gewitter Sonstiges

Gibt es **Nahrungsmittel** oder **Reizstoffe**, die Ihre rheumatischen Beschwerden verschlechtern? nein

ja , besonders _____

Verändert der Konsum von Alkohol, Kaffee oder Zucker Ihre Beschwerden, wenn ja, wie?

Was bessert oder verschlechtert Ihre Beschwerden (Modalitäten)

Welche Anwendungen haben einen Einfluss auf Ihre Beschwerden?

Besser durch: Wärmeanwendung Kälte/Eisbeutel Reiben Massage Druck/Einbinden

Schlechter durch: Kälteanwendung Wärmeanwendung Berührung Druck/Einbinden

Sonstiges: _____

Welchen Einfluss hat Bewegung/Ruhe

Besserung durch: beim Ruhighalten des Körperteiles Bewegung

Schlechter durch: Bewegung Anlaufschmerz (d.h. zu Beginn einer Bewegung mit Besserung der Beschwerden durch anhaltende Bewegung)

WAS NOCH? - Begleitbeschwerden:

Gibt es Begleitbeschwerden, die auf den ersten Blick nichts mit dem Rheuma zu tun haben, aber zeitgleich aufgetreten sind? (Wichtig, hier sind nicht die Nebenwirkungen der bisher eingenommenen Medikamente gemeint).

Kopfschmerzen/Migräne Stimmungsschwankungen/Depressionen Verdauungsstörungen
(Völlegefühl, Blähungen, Unverträglichkeiten, Durchfall, Verstopfung, Bauchschmerzen) **bitte Zutreffendes unterstreichen**, Neuralgien Allergien Hautprobleme/Schuppenflechte

Augenbeschwerden (Sehstörungen, Schmerzen) Herzbeschwerden Trockenheit der Schleimhäute
Esstörungen

Erkrankungen von Niere, Leber, Gallenblase **bitte Zutreffendes unterstreichen**, Herpes Zoster (Gürtelrose)

Sonstiges _____

Bisherige Medikation (bitte mit Dosierung):

_____	von/bis _____	Wirkung _____
_____	von/bis _____	Wirkung _____
_____	von/bis _____	Wirkung _____
_____	von/bis _____	Wirkung _____
_____	von/bis _____	Wirkung _____
_____	von/bis _____	Wirkung _____

siehe auch **Familienanamnesebogen** (Erkrankungen der Eltern und Großeltern, Kinder und Geschwister)