

Patienten-Fragebogen: Rheuma

Name
Vorname
Geburtsdatum
Körpergröße in cm
Gewicht in kg

Liebe Patientin, lieber Patient!

je genauer wir Ihre Beschwerden und Ihre Krankheitsvorgeschichte kennen, desto schneller und wirksamer können wir Ihnen helfen.
Wir bitten Sie deshalb, folgende Fragen so genau wie möglich zu beantworten:

1. An welchen Gelenken haben Sie Probleme?

Seit wann? _____

2. Wie äußern sich die Beschwerden (z.B. Ziehen, Brennen)?

3. Sind in der Familie rheumatische Erkrankungen bekannt?

nein ja Welche? _____

4. HLA B 27 positiv (Blutwert)? nein ja

5. Rheumafaktor positiv (Blutwert)? nein ja

6. Hatten/haben Sie eine entzündliche Darmerkrankung? nein ja

7. Hatten/haben Sie eine Schuppenflechte (Psoriasis)? nein ja

8. Hatten/haben Sie eine Infektion der ableitenden Harnwege? nein ja

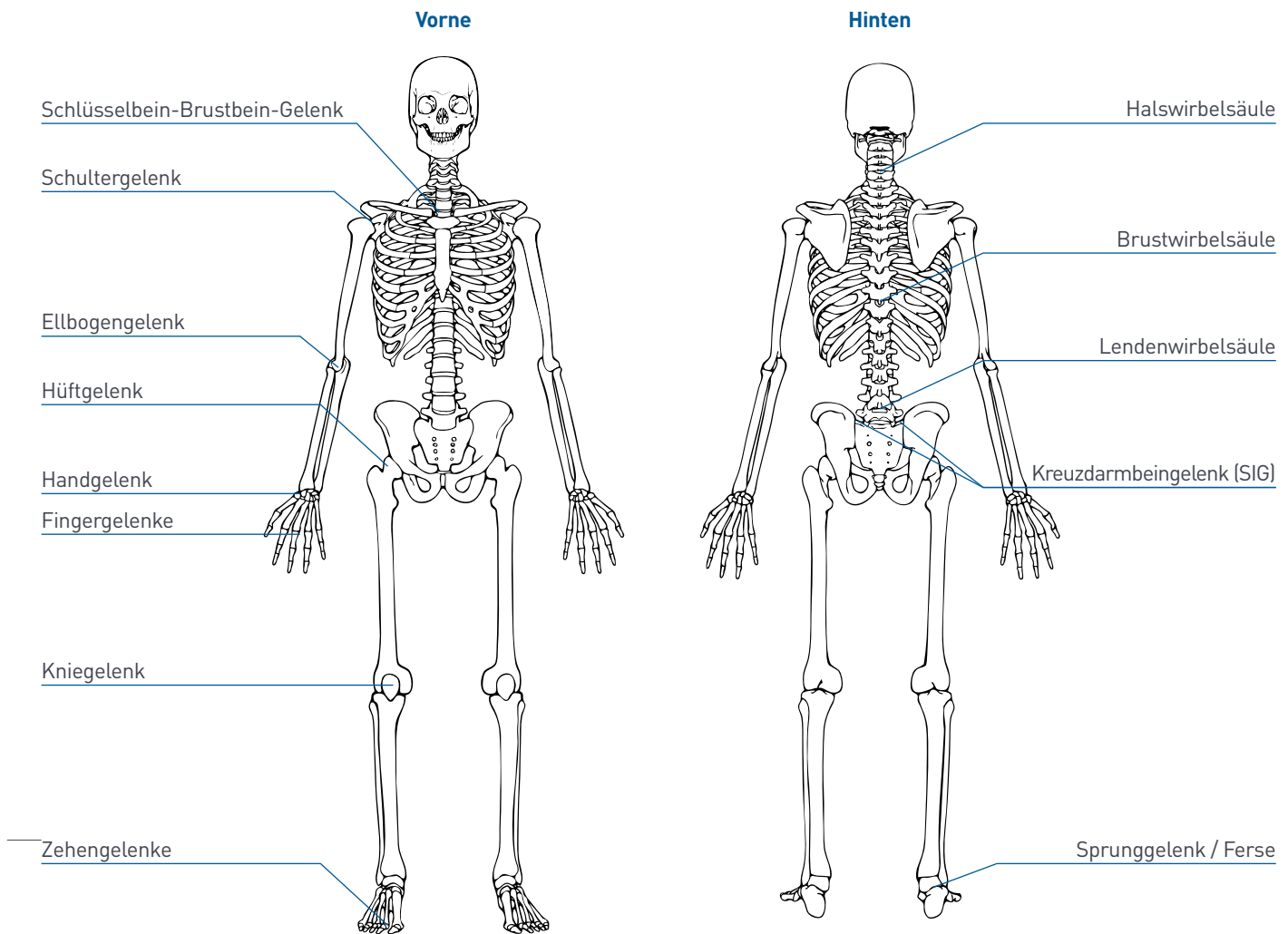
9. Hatten/haben Sie eine entzündliche Augenerkrankung? nein ja

Frage

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft oder stillen Sie? nein ja

Wo haben Sie Schmerzen?

Zutreffendes bitte umkreisen oder ankreuzen!



Wie stark sind Ihre Schmerzen?

Zutreffendes bitte umkreisen oder ankreuzen (0 = kein Schmerz / 10 = sehr, sehr starker Schmerz)!



Einwilligungserklärungen

Ich habe die Frage nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet. Mir wurden alle Fragen ausreichend und zufriedenstellend beantwortet. Hiermit willige ich in die nuklearmedizinische Untersuchung ein.

Datenschutzerklärung

Der Radiologie Vechta Ärztepartnerschaft ist der Schutz Ihrer persönlichen Patientendaten sehr wichtig. Wir beachten die geltenden gesetzlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes sowie das Patientengeheimnis. Für eine Weitergabe Ihrer Daten an die von Ihnen beauftragten, behandelnden Ärzte bitten wir Sie um Ihre Einwilligungserklärung:

Hiermit willige ich ein, dass der überweisende Arzt Zugriff auf meine Bilder und Befunde erhält. Darüber hinaus erkläre ich mich damit einverstanden, dass den von mir zu einem späteren Zeitpunkt beauftragten Ärzten meine Befunde und Bilder übermittelt werden dürfen.

Schweigepflichtserklärung (DS-GVO §83)

Ich bin damit einverstanden, dass die Radiologie Vechta die bei meinem Hausarzt / Facharzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde soweit diese für meine Untersuchungen erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es der Radiologie Vechta, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarzt / Facharztes zu erhalten.

Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. Bevollmächtigten / Sorgeberechtigten*

* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht, oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.