

Rheuma-Fragebogen für ambulante Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrte Patient,

damit sie sich auf ihren Untersuchungstermin zur Abklärung einer rheumatischen Erkrankung vorbereiten können und wir anhand der Informationen eine bessere medizinische Einschätzung treffen können, bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen zu beantworten und bei Ihrem Besuch den Fragebogen ausgefüllt mitzubringen.

Vielen Dank!

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

e-mail:

Krankenversicherungsversicherung:

Körpergröße:

Gewicht:

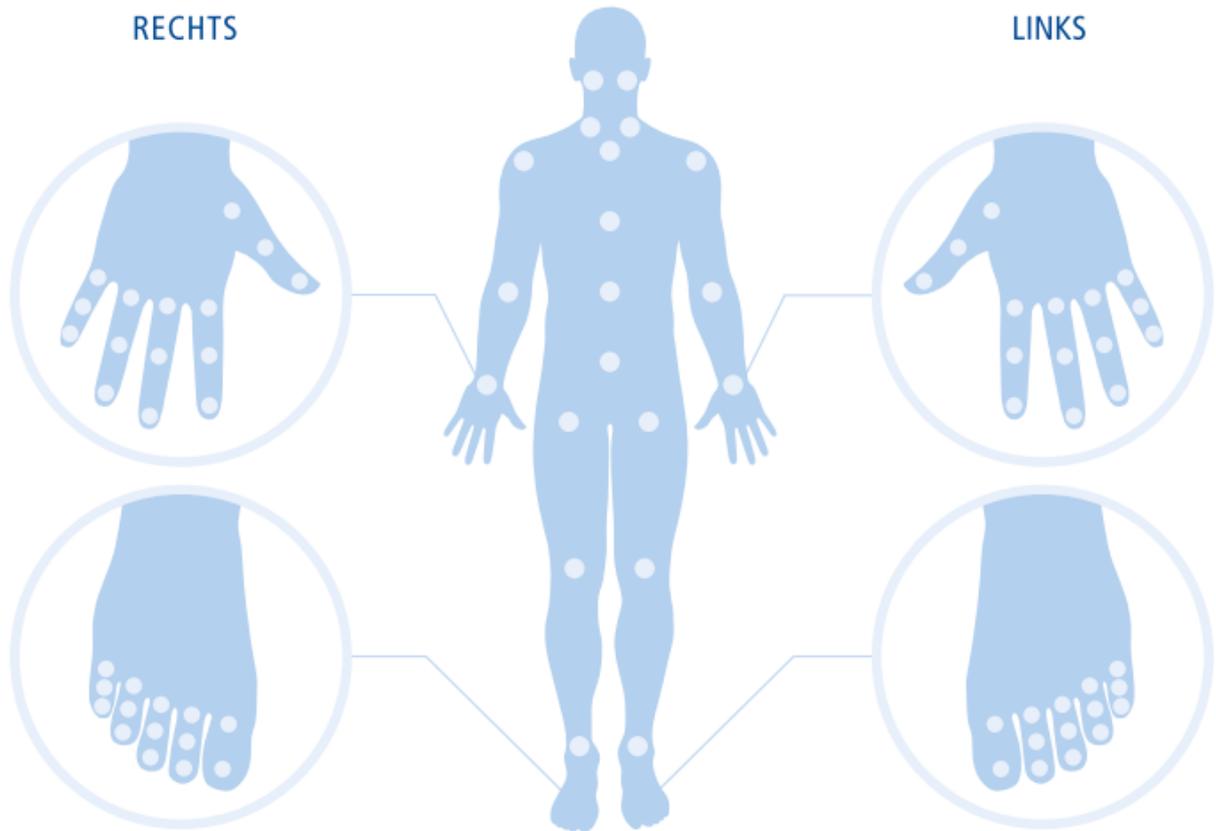
Ihr Hausarzt: (Anschrift)

Leiden Sie unter Gelenkschmerzen oder Gelenkschwellungen?

Ja

Nein

Wenn ja, markieren Sie bitte die Stellen, an denen Schmerz oder Schwellungen bestehen und seit wann sie bestehen: (bitte wenden!)



1. Wann treten diese Schmerzen vor allem auf?

Bei Bewegung bei Belastung nach Belastung in Ruhe
 dauernd schubweise nachts morgens

2. Welche Maßnahmen haben die Schmerzen verbessert?

(Wärme, Kälte, Massagen, Akupunktur ect.?)

3. Sind die Gelenke morgens steif oder lassen sich schwer bewegen

Ja Nein , wenn ja, wie lange dauert dies an? Minuten:

Können Sie morgens die Hände zu einer Faust schließen?

Ja Nein

4. Leiden Sie unter Schmerzen an der Wirbelsäule,

Ja

Nein

Wenn ja, seit wann?

Zu welcher Uhrzeit sind die Beschwerden am stärksten?

5. Wann schmerzt die Wirbelsäule besonders?

Bei Bewegung

bei Belastung

nach Belastung

beim Stehen

beim Bücken

beim Gehen

beim Heben

in Ruhe

dauernd

nachts

morgens

tagsüber

Wodurch bessern sich die Beschwerden der Wirbelsäule?

6. Strahlen die Schmerzen in die Wirbelsäule aus?

Ja

Nein

Wenn ja, wohin?

7. Wann bessern sich die Beschwerden der Wirbelsäule?

in Ruhe

bei Bewegung

8. Haben Sie Muskelschmerzen?

Ja

Nein

Wenn ja, wo:

9. Haben Sie längerfristig bestehende Muskelschwäche an Armen und Beinen? Ja

Nein

10. Sind bei Ihnen folgende Hauterkrankungen bekannte oder bestehen auffällige Hautveränderungen?

Schuppenflechte

Sonnenlichtempfindlichkeit

Allergien

Haarverlust

Andere, bitte beschreiben:

11. Hatten Sie Augenentzündung?

Ja

Nein

12. Leiden Sie unter starken Augen- und/oder Mundtrockenheit? Ja Nein

13. Haben Sie Entzündungen (Aphthen) an d. Schleimhäuten (Mund/Genital)? Ja Nein

14. Kommt es bei Ihnen zu Lymphdrüsenanschwellungen (der Lymphknoten)? Ja Nein

15. Kommt es bei Ihnen oft zu Fieber (>38,5 °C)? Ja Nein

16. Fühlen Sie sich krank? Ja Nein

17. Haben Sie unbeabsichtigt stärker an Gewicht verloren? Ja Nein

18. Leiden Sie an Durchfällen? Ja Nein

19. Bestehen, gehäufte Infektionen? Ja Nein

20. Hatten Sie eine Thrombose? Ja Nein

21. Bei Frauen: haben Sie Kinder geboren? Ja Nein

22. Haben Sie Fehlgeburten erlitten? Ja Nein

23. Verfärben sich ihre Finger bei Kälte oder sehen „wie abgestorben“ aus? Ja Nein

Krebserkrankung: Ja Nein Wenn Ja, seit wann:

Andere: Ja Nein Wenn Ja, seit wann:

Welche, bitte beschreiben:

27. Sonnenallergie der Haut? Schneller Sonnenbrand? Ja Nein

28. Sind bei Ihnen Operation an der Wirbelsäule oder an den Gelenken erfolgt?

Ja Nein

Wenn ja, welche und wann?

29. Bestehen bei ihren Verwandten dramatische Erkrankungen? Ja Nein

(Osteoporose? Thrombosen – Lungenembolien? Schuppenflechte? Herzinfarkt? Schlaganfall?)

30. Welche Medikamente (auch Schmerzmittel) nehmen Sie ein, tragen Sie diese bitte ein:

Ja Nein Wenn ja, welche und wann?

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

31. Besteht bereits eine antirheumatische Therapie? Ja Nein

Wenn ja, welche?

1.
2.
3.
4.
5.

Welche Medikation wurden beendet? Wann? Warum?

32. Waren oder sind Sie bereits bei einem rheumatologischen Kollegen/-in in Behandlung?

Ja Nein Wenn ja, bei wem:

33. Wie ist Ihre berufliche Situation? Aktuelle Tätigkeit? Wie viele Stunden pro Woche?

34. Sind Sie derzeit krankgeschrieben? Ja Nein Seit wann:

35. Besteht eine Minderung der Erwerbsfähigkeit? Ja Nein

36. Besteht eine anerkannte Schwerbehinderung (GdB)? Ja Nein wie hoch:

37. Treiben Sie Sport? Ja Nein selten

38. Rauchen Sie, oder haben Sie geraucht? Ja Nein

Wenn ja, seit wann:

Wie viel pro Tag:

Wann aufgehört:

Vielen Dank!