

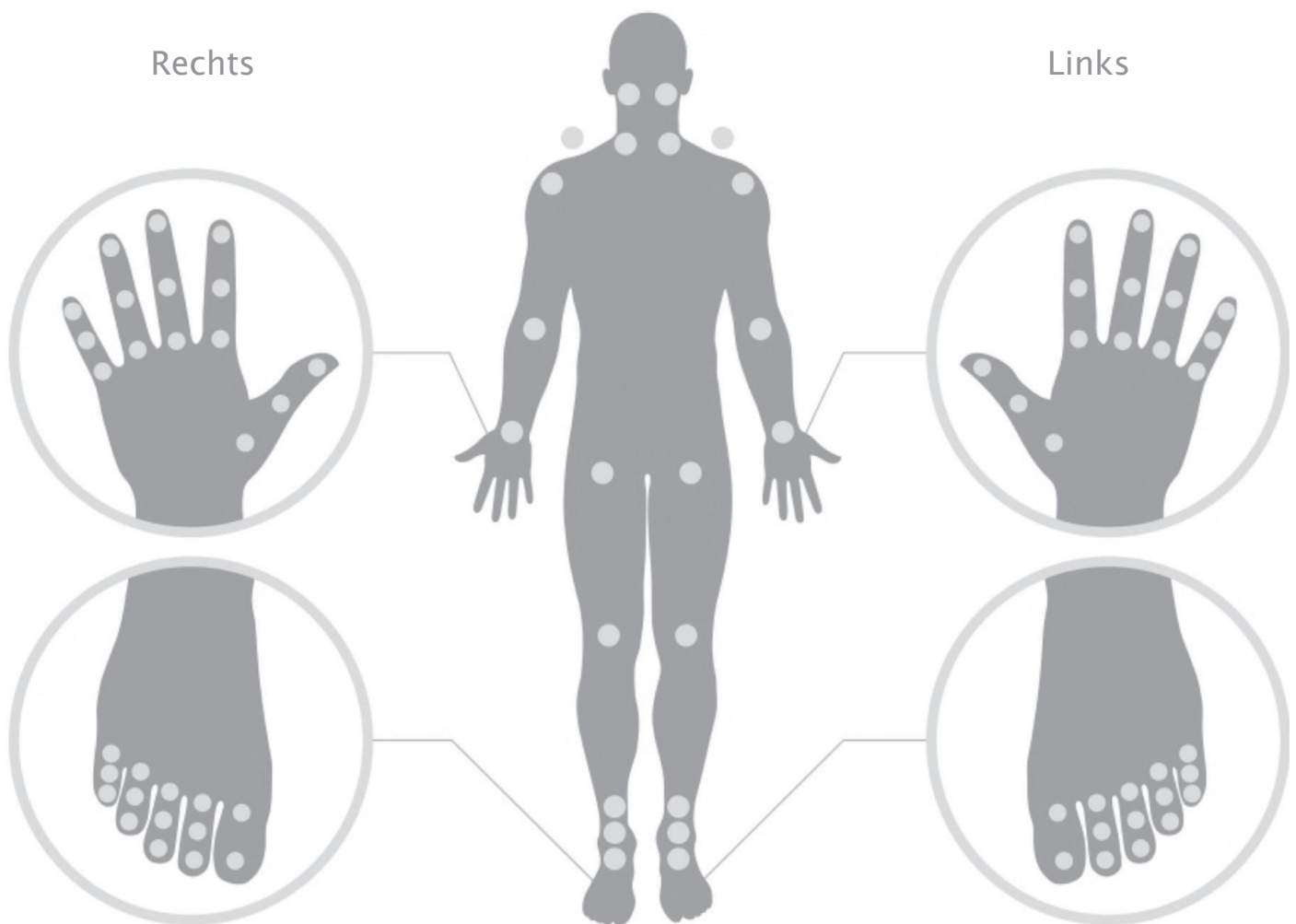
RHEUMAFRAGEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

damit Sie sich auf Ihren ersten Untersuchungstermin zur Abklärung einer rheumatischen Erkrankung vorbereiten können und uns wichtige Informationen nicht entgehen, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten und uns den Fragebogen ausgefüllt zurück zu senden.

1. Leiden Sie unter Gelenkschmerzen oder Gelenkschwellung? ja nein

Wenn ja, dann tragen Sie bitte ins Bild die Stellen ein, an denen Sie die Schmerzen oder Schwellungen verspüren und seit wann diese bestehen.



RHEUMAFRAGEBOGEN

2. Wann treten diese Schmerzen auf?

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> bei Bewegung | <input type="checkbox"/> bei körperlicher Belastung | <input type="checkbox"/> nach Belastung |
| <input type="checkbox"/> in Ruhe | <input type="checkbox"/> dauernd | <input type="checkbox"/> tagsüber |
| <input type="checkbox"/> nachts | <input type="checkbox"/> morgens | |

3. Können Sie morgens die Hand zu einer Faust schließen?

- ja nein

4. Sind Ihre Gelenke morgens steif oder lassen sich schwer bewegen?

- ja nein

Wenn ja, wie lange dauert dies an? (in Minuten) _____

5. Wann bessern sich die Schmerzen?

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> in Ruhe | <input type="checkbox"/> bei Bewegung |
| <input type="checkbox"/> bei Wärme | <input type="checkbox"/> bei Kälte |

6. Leiden Sie unter Schmerzen an der Wirbelsäule oder am Gesäß? (Bei **NEIN** bitte weiter bei Frage 10)

- ja nein

Wenn ja, seit wann? _____

7. Wann schmerzt die Wirbelsäule besonders?

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> bei Bewegung | <input type="checkbox"/> bei körperlicher Belastung | <input type="checkbox"/> nach Belastung |
| <input type="checkbox"/> beim Stehen | <input type="checkbox"/> beim Bücken | <input type="checkbox"/> beim Gehen |
| <input type="checkbox"/> beim Heben | <input type="checkbox"/> in Ruhe | <input type="checkbox"/> dauernd |
| <input type="checkbox"/> nachts | <input type="checkbox"/> morgens | <input type="checkbox"/> tagsüber |

8. Strahlen die Schmerzen der Wirbelsäule aus? (Bei **NEIN** bitte weiter bei Frage 10)

- ja nein

Wenn ja, wohin? _____

9. Wann bessern sich die Schmerzen der Wirbelsäule?

- in Ruhe bei Bewegung

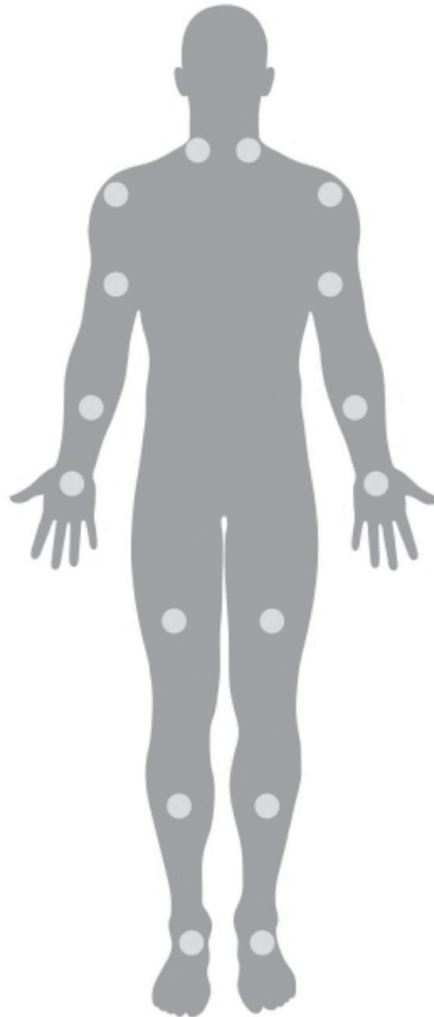
RHEUMAFRAGEBOGEN

- 10.** Haben Sie Schmerzen im Bereich der Muskulatur? ja nein

Wenn ja, dann tragen Sie bitte ins Bild die Stellen ein, an denen Sie die Muskelschmerzen beobachtet haben und seit wann diese bestehen.

Rechts

Links



- 11.** Haben Sie eine Schwäche der Muskeln an Armen oder Beinen über mehr als 3 Monate festgestellt?

ja nein

Wenn ja, sind Sie dadurch im Alltag behindert?

ja nein

- 12.** Sind bei Ihnen folgende Hauterkrankungen bekannt?

Schuppenflechte Sonnenallergie oder starke Sonnenlichtempfindlichkeit
 Allergien Arzneimittellexzem Hautverdickungen
 Haarverlust

RHEUMAFRAGEBOGEN

- 13.** Hatten Sie Augenentzündungen? ja nein
Wenn ja, wann? _____
- 14.** Leiden Sie unter starker Augen- oder Mundtrockenheit? ja nein
- 15.** Haben Sie entzündete Schleimhäute, die ggf. schlecht abheilen? ja nein
- 16.** Haben Sie ggf. blutigen, borkigen Schnupfen? ja nein
- 17.** Kommt es bei Ihnen zu Schwellungen der Speicheldrüsen? ja nein
- 18.** Kommt es bei Ihnen zu Schwellungen der Lymphknoten? ja nein
- 19.** Kommt es bei Ihnen zu Fieber mit Temperaturen über 38,5° Celsius? ja nein
- 20.** Schwitzen Sie nachts und müssen die Nachtwäsche wechseln? ja nein
- 21.** Haben Sie in der letzten Zeit aus unbekanntem Grund Gewicht verloren? ja nein
- 22.** Fühlen Sie sich krank? ja nein
- 23.** Leiden Sie an häufigen Durchfällen? ja nein
- 24.** Haben Sie häufige Harnwegsinfekte? ja nein
- 25.** Hatten Sie eine Thrombose (Venenschluss)? ja nein
- 26. Bei Frauen:**
Haben Sie Kinder geboren? ja nein
Wenn ja, wie viele? _____
Haben Sie eine Fehlgeburt erlitten? ja nein
- 27.** Verfärben sich Ihre Finger oder sehen sie „wie abgestorben“ aus? ja nein
- 28.** Hatten Sie Zeckenbisse? ja nein
Wenn ja, hatten Sie dabei Krankheitszeichen? ja nein
Wenn ja, wurden sie mit einem Antibiotikum behandelt? ja nein

RHEUMAFRAGEBOGEN

29. Wurden bei Ihnen auffällige Blutwerte/Entzündungswerte nachgewiesen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

30. Als wie stark empfinden Sie Ihre Schmerzen?

1 = wenig stark bis 10 = sehr stark

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

31. Sind bei Ihnen andere Erkrankungen bekannt?

Schilddrüse? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____

Lunge? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____

Herz? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____

Magen? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____

Bluthochdruck? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____

Zuckerkrankheit? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____

Leber? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____

Nieren? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____

Nervensystem? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____

Depression? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____

Schlafstörung? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____

Andere Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____

Allergien? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____

RHEUMAFRAGEBOGEN

32. Wurden bei Ihnen Operationen an der Wirbelsäule oder den Gelenken vorgenommen? ja nein

Wenn ja, an welchen Gelenken oder Wirbelsäulenabschnitten und wann? _____

33. Sind bei Ihren Verwandten die unten aufgeführten Erkrankungen bekannt?

Rheumatische Entzündung? ja nein

Bechterew-Erkrankung? ja nein

Schuppenflechte? ja nein

Chronische Darmentzündung, Morbus Crohn etc.? ja nein

Osteoporose? ja nein

34. Welche Medikamente, auch Schmerzmittel, nehmen Sie ein?

Tragen Sie diese bitte ein oder bringen Sie einen aktuellen Medikamentenplan mit!

35. Wie ist Ihre berufliche Situation?

36. Sind Sie derzeit krankgeschrieben (arbeitsunfähig)? ja nein

37. Besteht eine Minderung der Erwebsfähigkeit (MdE)? _____ %

38. Sind oder waren Sie in rheumatologischer Behandlung?

Wenn ja, an welchen Gelenken oder Wirbelsäulenabschnitten und wann? _____

RHEUMAFRAGEBOGEN

39. Sie leben

- allein mit Partner mit anderen Personen

40. Treiben Sie Sport?

- häufig selten gar nicht

Fragebogen von

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ weiblich männlich divers

Grösse (cm): _____ Gewicht (kg): _____

Adresse/Wohnort: _____

Tel.: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Versichert bei: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Sollten Sie noch weitere Vorbefunde haben, die zur Diagnostik beitragen können (MRT, Röntgenaufnahmen, Arztbriefe, Labor), bitten wir ebenfalls um eine Kopie.

Nach Durchsicht aller Unterlagen werden wir uns bezüglich eines Terminvorschlags bei Ihnen melden.

Dr. med. D. Schlittenhardt & Praxisteam

Bergseestr. 61 | 79713 Bad Säckingen | rheumaambulanz@rkbs.de