

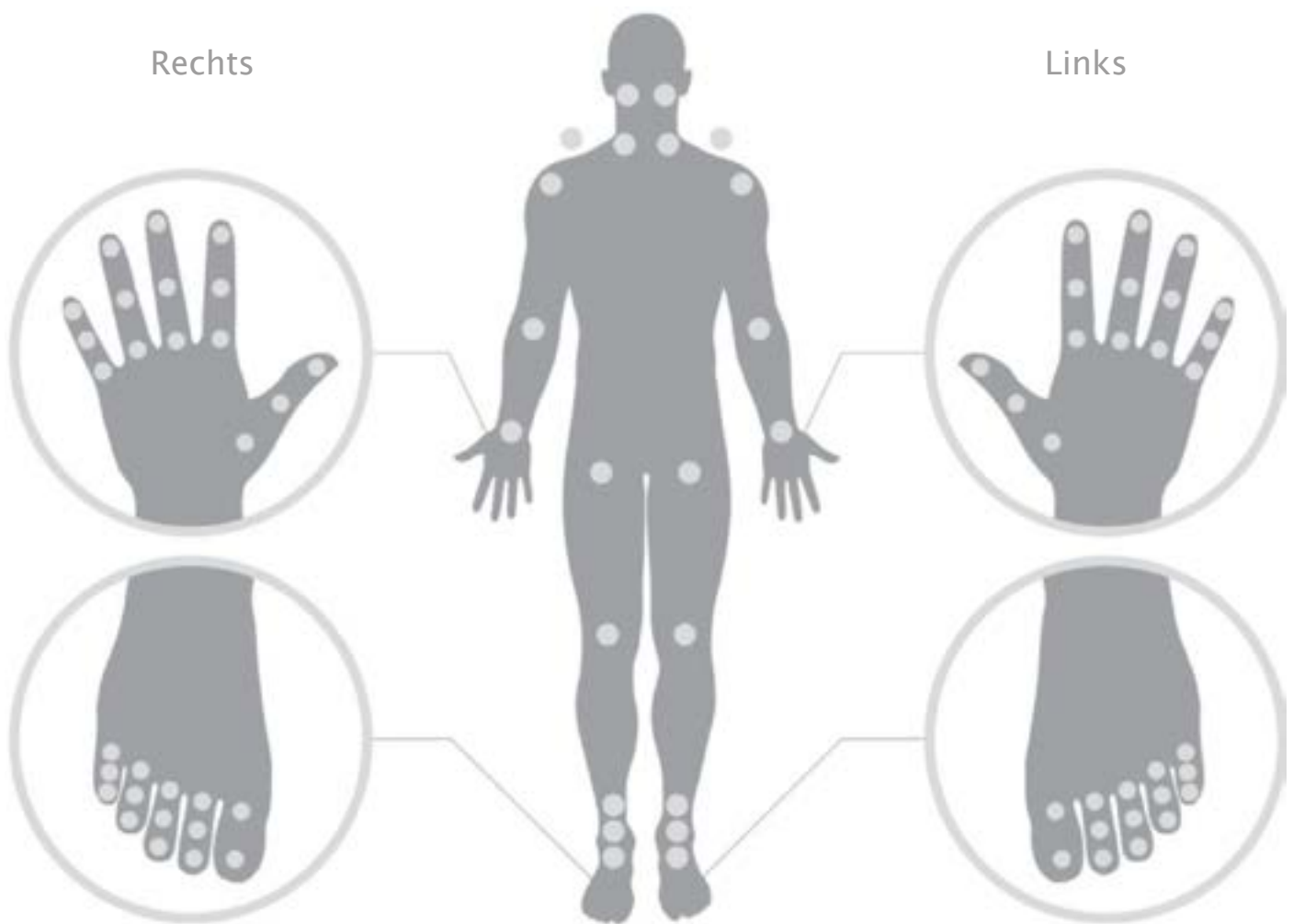
RHEUMAFRAGEBOGEN

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?

bei Bewegung	bei körperlicher Belastung	nach Belastung
in Ruhe	dauernd	tagsüber
nachts	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?

in Ruhe	bei Bewegung
bei Wärme	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?

bei Bewegung	bei körperlicher Belastung	nach Belastung
beim Stehen	beim Bücken	beim Gehen
beim Heben	in Ruhe	dauernd
nachts	morgens	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

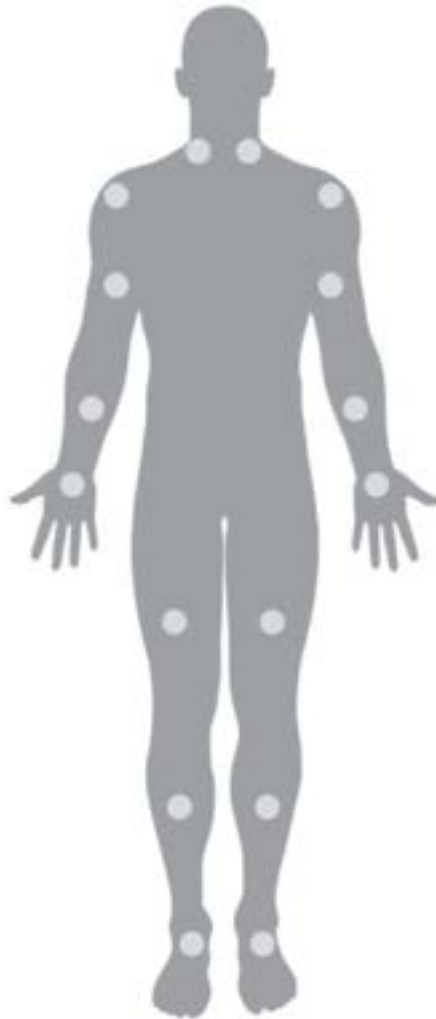
RHEUMAFRAGEBOGEN

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

Arzneimittlekzem

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 Erwerbsfähigkeit (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