

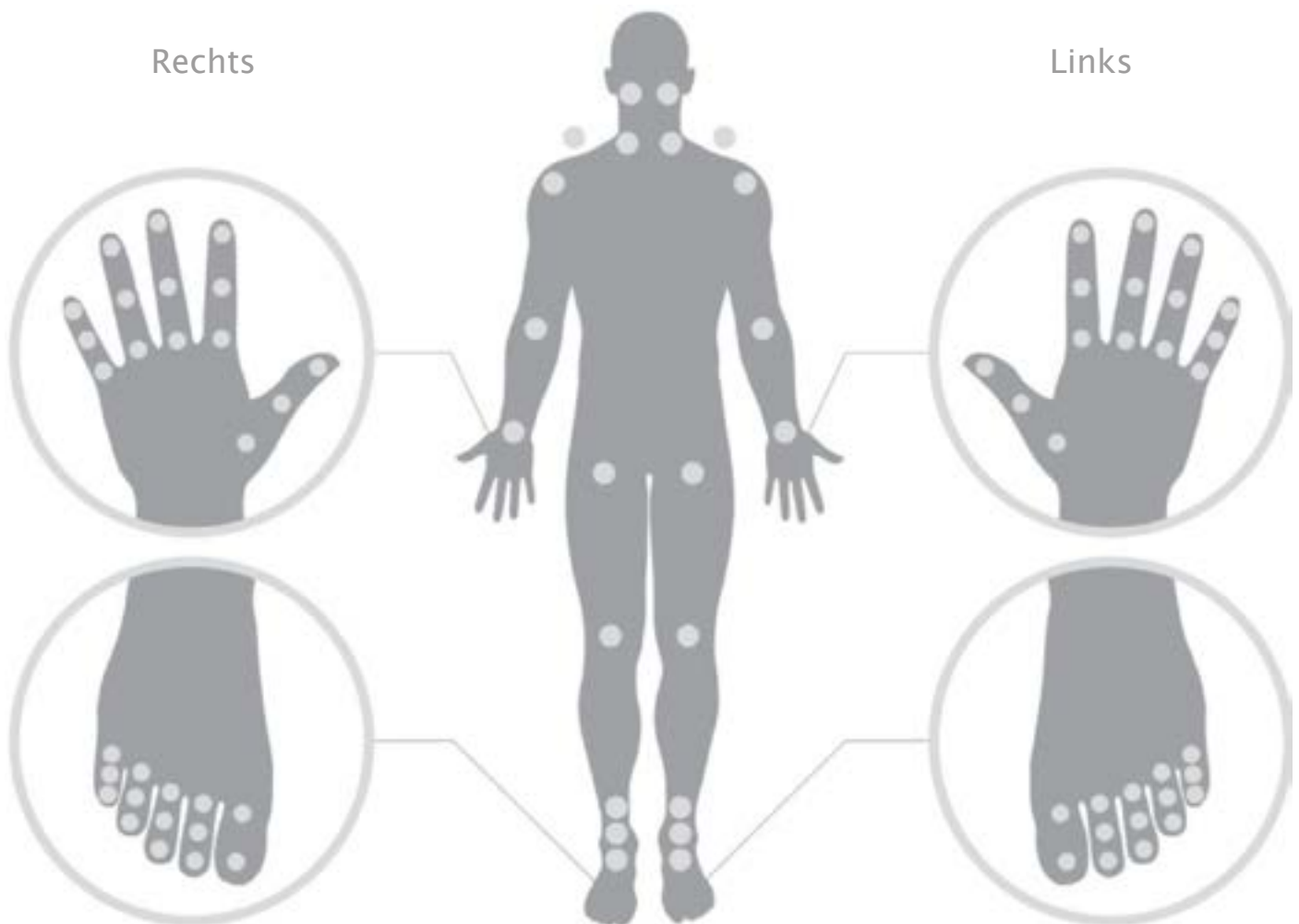
RHEUMAFRAGEBOGEN

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

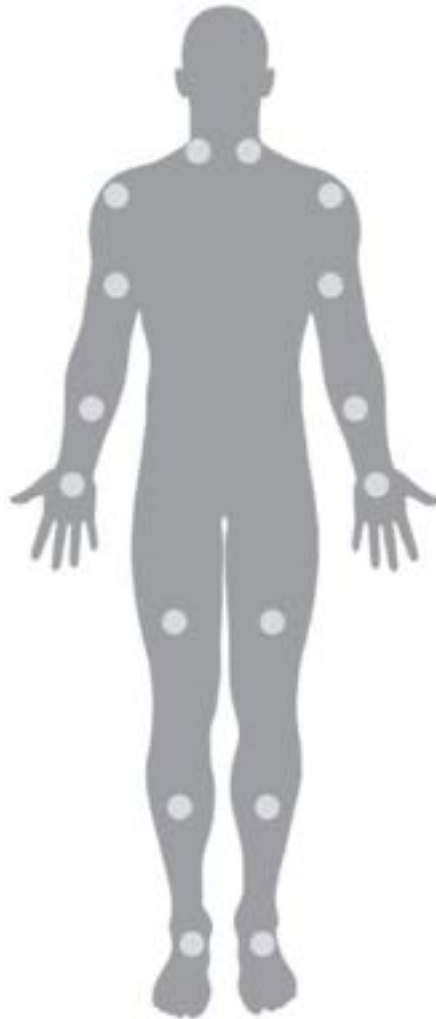
RHEUMAFRAGEBOGEN

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
Haarverlust	Hautverdickungen

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. <i>Bei Frauen:</i> | | |
| <i>Haben Sie Kinder geboren?</i> | ja | nein |
| <i>Wenn ja, wie viele?</i> | _____ | |
| <i>Haben Sie eine Fehlgeburt erlitten?</i> | 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: _____

Datum _____ Unterschrift _____

Die angehängte Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen.

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

INFORMATION ZUR DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG (DSGVO)

Rheumaambulanz am RKBS
Dr. med. Daniel Schlittenhardt
Ärztlicher Direktor RehaKlinikum Bad Säckingen
Facharzt für Innere Medizin
Facharzt für Rheumatologie
Facharzt für Kardiologie, Notfallmedizin
Bergseestr. 61, 79713 Bad Säckingen
Telefon: 07761 / 554 – 4463, Mail: Rheumaambulanz@rkbs.de

Informationspflicht bei der Erhebung personenbezogener Daten

Sehr geehrter Patient,
sehr geehrte Patientin.

Im Rahmen Ihrer Behandlung bzw. Versorgung ist es erforderlich, personenbezogene und auch medizinische Daten über Ihre Person zu verarbeiten. Da die Vorgänge sowohl intern als auch im Zusammenspiel mit weiteren an Ihrer Behandlung beteiligten Personen / Institutionen des Gesundheitswesens nicht leicht zu überblicken sind, haben wir für Sie die nachfolgenden Informationen zusammengestellt:

Zwecke, für die Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden:

Die entsprechenden Daten erheben wir grundsätzlich – sofern möglich – bei Ihnen selbst. Teilweise kann es jedoch auch vorkommen, dass wir von anderen Kliniken, die etwa Ihre Erst-/ Vor-Behandlung durchgeführt haben, von niedergelassenen Ärzten, Fachärzten, Medizinischen Versorgungszentren (sog. MVZ), usw. die betreffenden personenbezogenen Daten erhalten. Diese werden hier im Sinne einer einheitlichen Dokumentation mit Ihren übrigen Daten zusammengeführt.

Die Verarbeitung von Patientendaten ist aus Datenschutzgründen nur möglich, wenn eine gesetzliche Grundlage dies vorschreibt (EU Datenschutz-Grundverordnung DSGVO, Sozialgesetzbuch SGB V und im Bürgerlichen Gesetzbuch BGB), Bundesdatenschutzgesetz BDSG) bzw. erlaubt und/oder Sie als Patient/in Ihre Einwilligung erteilt haben.

Für Ihre patientenbezogene Versorgung / Behandlung notwendig sind dabei insbesondere Verarbeitungen Ihrer Daten aus präventiven, diagnostischen, therapeutischen, kurativen und auch nachsorgenden Gründen. Daneben werden Arztbriefe / Berichte geschrieben und versendet. Neben dieser patientenbezogenen Verarbeitung bedarf es auch einer verwaltungsmäßigen Abwicklung Ihrer Behandlung. Dies bedingt im Wesentlichen die Verarbeitung Ihrer Daten zur Abrechnung Ihrer Behandlung, der Rechnungsprüfung, zur Geltendmachung, Ausübung sowie Verteidigung von Rechtsansprüchen, oder zu gesetzlich vorgesehenen Meldepflichten (z.B. an die Polizei aufgrund des Melderechts, an staatliche Gesundheitsämter aufgrund des Infektionsschutzgesetzes und an Krebsregister).

Wer hat Zugriff auf Ihre Daten?

Ihre Daten werden von Fachpersonal oder unter dessen Verantwortung verarbeitet. Dieses Fachpersonal und auch die Verwaltung (zuständig für die Abrechnung Ihrer Behandlung) unterliegen entweder dem sogenannten Berufsgeheimnis oder einer Geheimhaltungspflicht. Der vertrauliche Umgang mit Ihren Daten wird gewährleistet!

Empfänger Ihrer Daten

Um umfassende Laboranalysen erstellen zu können, die für die richtige Diagnostik unverzichtbar sind, arbeiten wir mit dem Labor MVZ Clotten, Dr. Haas, Dr. Raif & Kollegen, Merzhäuserstr. 112a, 79100 Freiburg zusammen. Privatpatienten erhalten von dort direkt die Rechnung für die Laborleistungen. Str. 112a | 79100 Freiburg

INFORMATION ZUR DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG (DSGVO)

Mögliche weitere Empfänger Ihrer Daten

Ihre Daten werden nur weitergegeben, wenn es für Ihre Behandlung nötig ist oder wir gesetzlich dazu verpflichtet sind:

- Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung BW
- Weiter-, nach- bzw. mitbehandelnde Ärzte nach Überweisung
- Andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung (Krankenhaus)
- Pflegeeinrichtungen
- Angehörige
- Hochladen in der ePA, falls durch Sie freigegeben
- Behörden (LRA, Gerichte) nach Freigabe durch Sie
- IT-Dienstleister zur Wartung – mit Auftragsverarbeitungsvertrag

Sofern wir zur Durchsetzung unserer Ansprüche gegen Sie gezwungen sind, anwaltliche oder gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, da die gestellte(n) Rechnung(en) nicht beglichen wurden, müssen die dafür notwendigen Daten zu Ihrer Person und Ihrer Behandlung offenbart werden.

Widerruf erteilter Einwilligung

Ihre Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Diese Erklärung können Sie schriftlich, per Email oder Fax jederzeit an uns richten. Der Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen und gilt nicht rückwirkend. Die Verarbeitung und Weiterleitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt bis zu diesem Zeitpunkt rechtmäßig.

Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Die Dokumentation Ihrer Behandlung in Form Ihrer Patientenakte wird laut gesetzlichen Bestimmungen 10 Jahre aufbewahrt.

Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung

Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft und Berichtigung Ihrer Daten. Auch das Recht auf Löschung liegt vor, sobald der Zweck der Datenerhebung nicht mehr gegeben ist.