



FRAGEBOGEN

zur Erstvorstellung in der Rheumaambulanz

Bitte lesen Sie die folgenden Fragen sorgfältig durch. Kreuzen Sie Zutreffendes an und schreiben Sie ggf. ergänzende Bemerkungen hinzu. Ihre Antworten geben uns wichtige Informationen über Ihre Beschwerden und sind uns eine wichtige Stütze bei der Erfassung, Einordnung und Beurteilung Ihres Krankheitsbilds.

Der vollständig ausgefüllte Fragebogen (5 Seiten) ist Voraussetzung für die Bearbeitung Ihrer Terminanfrage!

Name, Vorname: geboren am:

Adresse: Telefon:
..... ggf. Email:

Wie groß und wie schwer sind Sie? cm kg

Waren Sie schon einmal beim Rheumatologen? nein ja einmal, bzw. früher. Wann zuletzt?.....
bin regelmäßig beim Rheumatologen

Haben Sie Gelenkschmerzen? nein ja **Seit wann?**.....
plötzlich begonnen
schleichend zunehmend
schubweise auftretend
Dauerschmerzen
in **Ruhe keine / weniger** Schmerzen
bei **Belastung / Bewegung schlimmer**

Wie stark sind die Gelenkschmerzen auf eine Skala von 0-10?
keine Schmerzen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unerträgliche Schmerzen

Haben / hatten Sie geschwollene Gelenke? nein ja **Welche Gelenke?**

Können Sie einen Drehverschluss einer Flasche mit der Hand öffnen? ja nein fällt mir schwer

Wann sind die Gelenkschmerzen am schlimmsten?
unter Belastung/Bewegung morgens abends andere:

Wodurch sind die Gelenkschmerzen gebessert?
durch Bewegung durch Ruhe durch Kühlen durch Wärme

Sind Ihre Hände oder andere Gelenke morgens steif? nein ja **Wie lange?** ein paar Minuten
½ Stunde
mehr als 1 Stunde

Wurde bereits eine Behandlung mit Kortison durchgeführt? nein ja **Wann?**.....
Wie hoch war die Dosis?.....
mit deutlicher Besserung der Beschwerden
ohne Besserung

Haben / hatten Sie Schmerzen der Wirbelsäule / am Rücken oder Gesäßbereich? nein ja **Seit wann?**..... **Wo?**.....
Halswirbelsäule/Nacken
Brustwirbelsäule
Lendenwirbelsäule
Gesäßbereich:
einseitig beidseitig wechselnd
ich hatte schon mal Bandscheibenvorfälle
ich wurde schon an der Wirbelsäule operiert

Wie stark sind die Rückenschmerzen auf eine Skala von 0-10?
keine Schmerzen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unerträgliche Schmerzen

Wann / wobei treten die Rücken-/ Gesäßschmerzen auf? Heben Liegen morgens / Aufstehen nach langem Liegen
Bücken Gehen abends
Sitzen Stehen nachts

Ist Ihr Rücken / Kreuz morgens steif? nein ja **Wie lange?** ein paar Minuten
½ Stunde
mehr als 1 Stunde

Wodurch sind die **Rückenschmerzen gebessert**?
 durch Bewegung durch Ruhe durch Kühlen durch Wärme

Besserung der Schmerzen durch Schmerzmittel? nein ja

Ibuprofen, wann?.....
 Voltaren® (Diclofenac), wann?.....
 Arcoxia® (Etoricoxib), wann?.....
 Celebrex® (Celecoxib), wann?.....
 Andere:.....

Haben / hatten Sie **Fersenschmerzen**? nein ja

Haben / hatten Sie **Entzündung an den Augen**? nein ja

rotes Auge rechts links
 Blendungsschmerz bei Schauen ins Licht
 Sehen von schwarzen Punkten / Schlieren / Nebel
 Uveitis ärztlich bestätigt

Haben / hatten Sie **eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung**? nein ja

Morbus Crohn, seit wann?
 Colitis ulcerosa, seit wann?

Hatten Sie schon einmal eine **Darmspiegelung**? nein ja

Wann?.....
Warum? Krebsvorsorgeuntersuchung
 sonstige.....

Ging den Gelenk- / Rückenschmerzen ein **Magen-Darm-** oder **Harnwegs-Infekt** voraus? nein ja

Wann?

Haben Sie **mehr als drei Infekte** jährlich? nein ja

Seit wann?.....
Wie oft pro Jahr?.....
Welche Infekte?.....
 harmlose Infekte (Erkältungen, grippale Infekte)
 schwere Infekte mit Krankenhausbehandlung
 Antibiotikaeinnahme erforderlich
 bestätigte echte Grippe (**Influenza**)
 bestätigte Lungenentzündung (**Pneumonie**)
 wiederholte **Nasen-Nebenhöhlenentzündungen**
 wiederholte **Mittelohrentzündungen**

Hatten Sie **Zeckenbisse**? nein ja

Wann?.....
 mit kreisförmigem Ausschlag („Wanderröte“)
 es wurde eine **Borreliose** diagnostiziert
 es erfolgte eine Behandlung mit Antibiotika

Haben / hatten Sie **Hautveränderungen**? nein ja

Auftreten nach Aufenthalt in der Sonne
 flächige Rötungen, wo?.....
 Ausschlag über Stirn und Wangen
 Flecken, wo?.....
 Pusteln, wo?.....
 schmerzhaftige Knoten, wo?.....
 offene Wunden, wo?.....
 Quaddeln, wo?.....

Haben / hatten Sie eine **Schuppenflechte (Psoriasis)**? nein ja

Seit wann?.....
 von einem Hautarzt bestätigt / diagnostiziert

Gib es **Familienangehörige** ((Groß-)Eltern, Geschwister, Kinder) mit **Psoriasis**? nein ja

Wer?.....

Haben / hatten Sie schweren **Haarausfall**? nein ja

Wann?.....
 herdförmig (kreisrund)
 diffus (am ganzen Kopf)

Haben Sie ständig **trockene Augen**? nein ja

seit **mehr als 3 Monaten** ausgeprägt **täglich**
 Gefühl von **Sandkörnern** in den Augen
 häufig tränende Augen
 mehr als 3-mal täglich Tränenersatz/Tropfen
 viel Bildschirmarbeit

Haben Sie ständig einen **trockenen Mund**? nein ja

seit **mehr als 3 Monaten** ausgeprägt **täglich**
 nächtliches Aufwachen und Trinken
 Nachtrinken um trockenen Speisen zu schlucken
 Speicheldrüsenschwellung

Haben Sie ein **Engerwerden der Mundöffnung** bemerkt? nein ja

Seit wann?.....

Haben Sie häufig schmerzhafte offene Stellen (sog. Aphthen) an den Schleimhäuten (Mund, Nase, genital)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wie oft pro Monat? Wie viele? Wo? <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Mund / Wange / Zunge / Rachen <input type="checkbox"/> Schambereich / vaginal / Penis
Haben Sie <input type="checkbox"/> Schluckstörungen und / oder <input type="checkbox"/> Sodbrennen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Seit wann? <input type="checkbox"/> ausgeprägt täglich
Haben Sie häufig Kopfschmerzen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Seit wann? Wie oft pro Woche? Wo? <input type="checkbox"/> Schläfen <input type="checkbox"/> Hinterkopf <input type="checkbox"/> einseitig <input type="checkbox"/> beidseitig <input type="checkbox"/> Migräne ist bekannt
Haben / hatten Sie Muskelschmerzen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Seit wann? <input type="checkbox"/> schubweise auftretend Wo? <input type="checkbox"/> praktisch am ganzen Körper <input type="checkbox"/> Schultern / Oberarme <input type="checkbox"/> Hüften / Oberschenkel <input type="checkbox"/> sonstige.....
Können Sie Ihre Arme über die Horizontale (über den Kopf) anheben ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> fällt mir schwer
Können Sie aus der Hocke aufstehen ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> fällt mir schwer
Haben Sie häufig <input type="checkbox"/> Nasenbluten oder <input type="checkbox"/> harte / blutige Krusten / Borken in der Nase?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Seit wann? <input type="checkbox"/> ausgeprägt täglich
Haben Sie ständigen, anhaltenden Husten ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Seit wann? <input type="checkbox"/> mit schleimigem Auswurf <input type="checkbox"/> mit blutigem Auswurf
Haben Sie <input type="checkbox"/> Atemnot, <input type="checkbox"/> Brustschmerzen und / oder ein <input type="checkbox"/> Engegefühl in der Brust?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	In Ruhe <input type="checkbox"/> anhaltend <input type="checkbox"/> gebessert <input type="checkbox"/> nur bei Anstrengung, z.B. Treppensteigen, ab welchem Stockwerk?..... <input type="checkbox"/> ausgeprägt täglich <input type="checkbox"/> beim tiefen Einatmen
Hatten Sie eine <input type="checkbox"/> Thrombose (Venenerstropfung) und / oder eine <input type="checkbox"/> Lungenembolie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wann? <input type="checkbox"/> nach Operation / Bettruhe / längerer Reise <input type="checkbox"/> Ursache nicht geklärt
Werden Ihre Finger / Zehen bei Kälte ganz weiß und evtl. taub ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Seit wann? <input type="checkbox"/> schon immer (seit der Jugend) <input type="checkbox"/> gefolgt von Blau- , dann Rotverfärbung der Finger <input type="checkbox"/> offene Wunden an den Fingerspitzen gehabt
Haben Sie Schlafstörungen bzw. einen nicht erholsamen Schlaf ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Einschlafstörungen <input type="checkbox"/> wache nachts häufig auf <input type="checkbox"/> wegen Schmerzen <input type="checkbox"/> bin morgens nicht ausgeruht <input type="checkbox"/> bin tagsüber müde und erschöpft
Haben Sie häufig Fieber von mehr als 38°C ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wie hoch maximal?°C Wie oft pro Monat? Wie viele Tage am Stück? <input type="checkbox"/> auch ohne Infektsymptome <input type="checkbox"/> mit heftigen Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> es gibt Familienmitglieder mit unklarem Fieber
Haben Sie häufig Nachtschweiß ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wie oft pro Woche? <input type="checkbox"/> mit <input type="checkbox"/> ohne Wäschewechsel <input type="checkbox"/> nur bei warmen Außen- / Raumtemperaturen <input type="checkbox"/> am ganzen Körper <input type="checkbox"/> nur im Nacken oder Kopfbereich
Haben / hatten Sie einen schweren Gewichtsverlust ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wie viel?kg In welchem Zeitraum? von.....bis..... <input type="checkbox"/> mit Appetitverlust <input type="checkbox"/> gewollte Gewichtsreduktion, z.B. spezielle Diät
Fernreisen (außerhalb Europas)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wohin / wann?

Haben Sie Kontakt zu **Tieren**? nein ja **Welche Tiere?**.....

Haben Sie **Allergien oder Unverträglichkeiten** (z.B. gegen Nahrungsmittel, Medikamente)? nein ja **Welche?**.....
mit Schnupfen / Augentränen
mit Hautausschlägen
 (zum Teil) mit Atemnot

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? nein ja **Wie viel Packungen pro Tag?**.....
Wie lange? Von.....bis..... rauche weiterhin

Trinken Sie **Alkohol**? nie ja **Wie oft?** täglich
1-2 mal wöchentlich
gelegentlich
habe / hatte eine Alkoholsucht

Haben Sie **eigene Kinder**? nein ja **Wie viele?**.....
alle gesund
krank:

Hatten Sie **Fehlgeburten**? nein ja **Wie viele?**.....
Wann?.....
In welcher Schwangerschaftswoche?.....

Hatten Sie **Schwangerschafts-**
komplikationen? nein ja Frühgeburt, Schwangerschaftswoche?.....
Gestose.....
Kaiserschnitt, weshalb?.....
Andere?.....

Sie sind verheiratet verwitwet ledig allein lebend geschieden

Geburtsland? Deutschland anderes:.....

Geburtsland der Eltern? Deutschland anderes:.....

Höchster Schulabschluss noch Schüler Hauptschulabschluss Abitur
ohne Schulabschluss Realschulabschluss Hochschulabschluss

Was machen Sie beruflich?..... berentet wg. Erreichen der Altersgrenze seit.....
Vorruhestand seit.....
vorzeitig berentet wegen Erwerbs-/
 Berufsunfähigkeit seit.....

Sind Sie schwerbeschädigt (GdB)? nein ja **Grad der Behinderung**%
Warum?

Sind Sie krankgeschrieben? nein ja **Seit wann?**.....
Warum?.....

Wurden **Sie** schon mal **operiert**?
 z.B. an Herz, Darm, Prostata, Unterleib, Knochen (-brüche), Gelenke, Augen, HNO usw. nein ja **Was / wann?**.....

Haben / hatten **Sie weitere Erkrankungen**?
 z.B. an Herz, Blutdruck, Gehirn, Lunge, Nieren, Magen-Darm, Gelenke, Krebs, Schilddrüse, Infektionen, Osteoporose, Diabetes usw. nein ja **Was / seit wann?**.....

Gibt es bei **ihren Eltern, Geschwistern oder Kindern** bestimmte Erkrankungen?
 z.B. Rheuma, Psoriasis, Arthrose, M. Bechterew, Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall, Tuberkulose nein ja **Was genau / bei wem?**.....

Nehmen Sie Medikamente? nein ja **Geben Sie Ihre Medikamente mit Dosis (mg, µg) und Einnahmezeitpunkt (z.B. morgens) an:**

Lassen Sie sich regelmäßig impfen?

z.B. Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten (Pertussis), Kinderlähmung (Polio), Mumps/Masern/Röteln, Gürtelrose, HPV usw.

nein ja

Gegen Was?

- Grippe (Influenza)
- Lungenentzündung (Pneumokokken)
- Hepatitis B
- Tuberkulose
- Weitere:

Gehen Sie regelmäßig zum Zahnarzt?

nein ja

- inkl. professionelle Zahnreinigung
- Gebiss ist saniert
- Sanierung steht an

Bitte markieren Sie

hier die **schmerzhaften Gelenke und Körperstellen**

hier die **geschwollenen Gelenke**

rechte Seite

linke Seite

rechte Seite

linke Seite

