



Patientenetikett oder Name, Vorname Geb. Datum

Fragebogen zur Erstuntersuchung

V2016_08_Be

UniversitätsKlinikum Heidelberg Rheumaambulanz

Bitte sorgfältig lesen und Zutreffendes ankreuzen / unterstreichen und ergänzen!

Wie groß und wie schwer sind Sie?cmkg	
Waren Sie schon einmal beim Rheumatologen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> einmal, wann?..... <input type="checkbox"/> bin / war regelmäßig beim Rheumatologen
Haben Sie Gelenkschmerzen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Seit wann? <input type="checkbox"/> plötzlich eingetreten <input type="checkbox"/> schleichend zunehmend <input type="checkbox"/> schubweise auftretend <input type="checkbox"/> Dauerschmerzen <input type="checkbox"/> in Ruhe habe ich keine / weniger Schmerzen <input type="checkbox"/> bei Belastung / Bewegung sind die Schmerzen schlimmer
Wie stark sind diese Schmerzen 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?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche Gelenke?
Können Sie einen Drehverschluss, z.B. einer Flasche, mit der Hand öffnen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> fällt mir schwer
Wann sind die Schmerzen am schlimmsten?			
<input type="checkbox"/> unter Belastung/Bewegung <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> andere:.....			
Wodurch sind die Schmerzen gebessert?			
<input type="checkbox"/> durch Bewegung <input type="checkbox"/> durch Ruhe <input type="checkbox"/> durch Kühlen <input type="checkbox"/> durch Wärme			
Sind Ihre <input type="checkbox"/> Hände oder <input type="checkbox"/> andere Gelenke morgens steif?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wie lange? <input type="checkbox"/> ein paar Minuten <input type="checkbox"/> ½ Stunde <input type="checkbox"/> mehr als 1 Stunde
Wurde bereits eine Behandlung mit Kortison durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wann? <input type="checkbox"/> Wie hoch war die Dosis? <input type="checkbox"/> mit deutlicher Besserung der Beschwerden <input type="checkbox"/> ohne Besserung
Haben / hatten Sie Schmerzen der Wirbelsäule / am Rücken oder Gesäßbereich?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Seit wann? Wo? <input type="checkbox"/> Halswirbelsäule/Nacken <input type="checkbox"/> Brustwirbelsäule <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule <input type="checkbox"/> Gesäßbereich: <input type="checkbox"/> einseitig <input type="checkbox"/> beidseitig <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/> ich hatte schon mal Bandscheibenvorfälle <input type="checkbox"/> ich wurde schon an der Wirbelsäule operiert
Wie stark sind diese Schmerzen 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?	<input type="checkbox"/> Heben	<input type="checkbox"/> Liegen	<input type="checkbox"/> beim Aufstehen nach langem Liegen
	<input type="checkbox"/> Bücken	<input type="checkbox"/> Gehen	<input type="checkbox"/> abends
	<input type="checkbox"/> Sitzen	<input type="checkbox"/> Stehen	<input type="checkbox"/> nachts
Ist Ihr Rücken / Kreuz morgens steif?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wie lange? <input type="checkbox"/> ein paar Minuten <input type="checkbox"/> ½ Stunde <input type="checkbox"/> mehr als 1 Stunde
Wodurch sind die Rücken-/ Gesäßschmerzen gebessert?			
<input type="checkbox"/> durch Bewegung <input type="checkbox"/> durch Ruhe			

Besserung der Schmerzen durch Schmerzmittel?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Ibuprofen, wann?..... <input type="checkbox"/> Voltaren® (Diclofenac), wann?..... <input type="checkbox"/> Arcoxia®, wann?..... <input type="checkbox"/> Celebrex®, wann?..... <input type="checkbox"/> Andere:.....
Haben / hatten Sie Fersenschmerzen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Hatten Sie schon einmal eine Entzündung am Augen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> rotes Auge <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Blendungsschmerz <input type="checkbox"/> Sehen von schwarzen Punkten <input type="checkbox"/> Verschwommensehen
Haben / hatten Sie eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Morbis Crohn, seit wann?..... <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa, seit wann?.....
Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Wann?..... <input type="checkbox"/> Warum? <input type="checkbox"/> Krebsvorsorgeuntersuchung <input type="checkbox"/> anderer Grund?.....
Haben / hatten Sie einen Magen-Darm-Infekt mit Durchfall- und/oder Erbrechen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Wann?.....
Haben / hatten Sie eine Harnwegs-/Blasenentzündung ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Wann?..... <input type="checkbox"/> immer wiederkehrend
Haben / hatten Sie eine Schuppenflechte (Psoriasis) ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Seit wann?..... <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> von einem Hautarzt bestätigt / diagnostiziert
Gib es in Ihrer Familie Menschen (z.B. Vater, Mutter, Geschwister, Großeltern) mit Schuppenflechte (Psoriasis) ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Wer?.....
Hatten Sie Zeckenbisse ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Wann?..... <input type="checkbox"/> mit kreisförmigem Ausschlag um die Einstichstelle („Wanderröte“) <input type="checkbox"/> es wurde eine Borreliose diagnostiziert <input type="checkbox"/> es erfolgte eine Behandlung mit Antibiotika
Haben / hatten Sie Hautveränderungen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Auftreten nach Aufenthalt in der Sonne <input type="checkbox"/> flächige Rötungen, wo?..... <input type="checkbox"/> Ausschlag über Stirn und Wangen <input type="checkbox"/> Flecken, wo?..... <input type="checkbox"/> Pusteln, wo?..... <input type="checkbox"/> schmerzhafte, gerötete Knoten, wo?..... <input type="checkbox"/> offene Wunden, wo?..... <input type="checkbox"/> Quaddeln, wo?.....
Haben / hatten Sie schweren Haarausfall ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> herdförmig (kreisrund) <input type="checkbox"/> diffus (am ganzen Kopf) <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> aktuell immer noch anhaltend
Haben Sie häufig schmerzhafte offene Stellen (sog. Aphthen) an den Schleimhäuten (Mund, Nase, genital)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Wie oft pro Monat?..... <input type="checkbox"/> Wie viele?..... <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Mund / Wange / Zunge / Rachen <input type="checkbox"/> Schambereich / vaginal / Penis
Haben Sie ständig trockene Augen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ich habe das Gefühl von Sandkörnern in den Augen <input type="checkbox"/> seit mehr als 3 Monaten täglich <input type="checkbox"/> mehr als 3-mal täglich Tränenersatzlösungen / Augentropfen <input type="checkbox"/> häufig tränende Augen <input type="checkbox"/> viel Bildschirmarbeit
Haben Sie ständig einen trockenen Mund ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Wachen Sie nachts mit Mundtrockenheit auf, sodass Sie trinken müssen? <input type="checkbox"/> Trinken Sie häufig Flüssigkeit, um trockene Nahrungsmittel schlucken zu können? <input type="checkbox"/> Leiden Sie seit mehr als 3 Monaten unter täglicher Mundtrockenheit? <input type="checkbox"/> Speicheldrüsenschwellung <input type="checkbox"/> Essen schlucken geht auch ohne trinken
Haben Sie <input type="checkbox"/> Schluckstörungen und / oder <input type="checkbox"/> Sodbrennen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nur manchmal <input type="checkbox"/> ständig

Engerwerden der Mundöffnung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Seit wann ungefähr?.....
Haben Sie häufig Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Seit wann?..... <input type="checkbox"/> Wie oft pro Woche?..... <input type="checkbox"/> Schläfen <input type="checkbox"/> Hinterkopf <input type="checkbox"/> einseitig oder <input type="checkbox"/> beidseitig <input type="checkbox"/> Migräne ist bekannt
Haben / hatten Sie Muskelschmerzen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Seit wann?..... <input type="checkbox"/> praktisch am ganzen Körper <input type="checkbox"/> Schultern / Oberarme <input type="checkbox"/> Hüften / Oberschenkel <input type="checkbox"/> andere Stellen?..... <input type="checkbox"/> schubweise auftretend
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 / hatten Sie häufig <input type="checkbox"/> Nasen-Nebenhöhlen- oder <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Seit wann?..... <input type="checkbox"/> Wie häufig pro Jahr?..... <input type="checkbox"/> durch HNO-Arzt diagnostiziert <input type="checkbox"/> früher
Haben Sie gehäuft <input type="checkbox"/> Nasenbluten und / oder <input type="checkbox"/> harte, schwer ablösbare Krusten in der Nase?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> ab und zu
Haben Sie ständig Husten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Seit wann?..... <input type="checkbox"/> mit oder <input type="checkbox"/> ohne schleimigem Auswurf <input type="checkbox"/> mit blutigem Auswurf
Haben Sie Atemnot?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nur bei Anstrengung, z.B. Treppensteigen <input type="checkbox"/> ab welchem Stockwerk?..... <input type="checkbox"/> auch in Ruhe <input type="checkbox"/> ab und zu
Haben Sie Brustschmerzen oder ein Engegefühl in der Brust?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nur bei Anstrengung <input type="checkbox"/> durch Ruhe wieder gebessert <input type="checkbox"/> beim Einatmen <input type="checkbox"/> ab und zu
Hatten Sie eine Thrombose (Venenverstopfung) und / oder eine Lungenembolie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Wann?..... <input type="checkbox"/> nach einer Operation <input type="checkbox"/> Ursache nicht geklärt
Werden Ihre Finger bei Kälte ganz weiß?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Seit wann?..... <input type="checkbox"/> schon immer <input type="checkbox"/> gefolgt von einer 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"/> bin morgens nicht ausgeruht <input type="checkbox"/> bin tagsüber müde und schlapp <input type="checkbox"/> habe nachts Schmerzen
Sind Sie häufig (mehr als 3mal pro Jahr) erkältet?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Wie oft pro Jahr?..... <input type="checkbox"/> meist harmlose Infekte (grippale Infekte) <input type="checkbox"/> bin dann meist schwer krank <input type="checkbox"/> muss dann meistens Antibiotika einnehmen <input type="checkbox"/> hatte schon mal eine echte Grippe <input type="checkbox"/> hatte eine echte Lungenentzündung
Haben Sie häufig Fieber von mehr als 38°C?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Wie hoch maximal?..... °C <input type="checkbox"/> Wie oft pro Monat?..... <input type="checkbox"/> Wie viele Tage am Stück?..... <input type="checkbox"/> nur bei Infekten <input type="checkbox"/> immer wieder auch ohne Infekt <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	<input type="checkbox"/> Wie oft pro Woche?..... <input type="checkbox"/> mit oder <input type="checkbox"/> ohne Wäschewechsel <input type="checkbox"/> nur wenn's draußen heiß ist <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	<input type="checkbox"/> Wie viel? kg <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Wohin / wann?
Haben Sie Kontakt zu Tieren ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Welche Tiere?
Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten (z.B. gegen Nahrungsmittel, Medikamente)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Welche? <input type="checkbox"/> mit Schnupfen <input type="checkbox"/> mit Ausschlägen <input type="checkbox"/> (zum Teil) mit Atemnot
Rauchen Sie oder haben Sie geraucht ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Wie viel Packungen pro Tag? <input type="checkbox"/> seit wie vielen Jahren? <input type="checkbox"/> ich habe früher geraucht von... ..bis.....?
Trinken Sie Alkohol ?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> habe / hatte ein Problem damit <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> nur am Wochenende <input type="checkbox"/> 1-2x/Woche
Haben Sie eigene Kinder ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Wie viele? <input type="checkbox"/> alle gesund <input type="checkbox"/> krank, weshalb?.....
Hatten Sie Fehlgeburten ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Wie viele? <input type="checkbox"/> Wann? <input type="checkbox"/> In welcher Schwangerschaftswoche?
Hatten Sie Schwangerschaftskomplikationen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Frühgeburt, Schwangerschaftswoche?..... <input type="checkbox"/> Gestose <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt, weshalb?..... <input type="checkbox"/> Andere?.....
Sie (sind) <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> leben alleine			<input type="checkbox"/> geschieden
Geburtsland?	<input type="checkbox"/> Deutschland	<input type="checkbox"/> anderes:.....	
Geburtsland der Eltern?	<input type="checkbox"/> Deutschland	<input type="checkbox"/> anderes:.....	
Sind Sie schwerbeschädigt (GdB)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Grad der Behinderung% <input type="checkbox"/> Grund?.....
Sind Sie krankgeschrieben?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Seit wann? <input type="checkbox"/> Warum?
Was arbeiten Sie?			<input type="checkbox"/> berentet wegen Erreichen der Altersgrenze seit..... <input type="checkbox"/> Vorruhestand seit..... <input type="checkbox"/> vorzeitig berentet wegen Erwerbs-/ Berufsunfähigkeit seit.....
Wurden Sie schon mal operiert ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Was / wann?
z.B. an Herz, Darm, Prostata, Unterleib, Knochen (-brüche), Gelenke, Augen, HNO usw.		
Haben / hatten Sie weitere Erkrankungen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Was / seit wann?
z.B. an Herz, Blutdruck, Gehirn, Lunge, Nieren, Augen, Magen-Darm, Gelenke, Krebs, Schilddrüse, Infektionen, Osteoporose, Diabetes usw.		
Gibt es bei ihren Eltern, Geschwistern oder Kindern bestimmte Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	was genau / bei wem?
z.B. Rheuma, Psoriasis, Arthrose, Morbus Bechterew, Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall, Tuberkulose		
Nehmen Sie Medikamente?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche Medikamente? Dosis (mg, µg)? wann (z.B. morgens)?
		
		
		
		
		

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

