

Fragebogen Neupatient Rheuma

WIRBELSÄULE

Leiden Sie unter Schmerzen der Halswirbelsäule Brustwirbelsäule
Lendenwirbelsäule im Kreuzbein

Seit wann bestehen die Beschwerden und wie stark sind sie ausgeprägt?

Wann treten sie auf?

frühmorgens Bewegungsabhängig
nachts nach langem Gehen oder Stehen
in Ruhe nach langem Sitzen
beim Husten oder Niesen dauernd

Wie bessern sich die Rückenschmerzen? in Ruhe bei Bewegung

Ist die Wirbelsäule unbeweglicher geworden? ja nein

Besteht eine morgendliche Steifigkeit mit Einschränkung der Bewegung? ja nein

Wenn ja, wie lange:

Sind sie kleiner geworden? ja um wie viel Zentimeter? _____
nein

Welche Maßnahmen haben die Beschwerden verbessert?
(Wärme, Kälte, Massagen, Akupunktur etc.)

Hatten Sie eine Bandscheibenoperation? ja nein

Strahlen die Schmerzen aus? ja nein
Wenn ja, wohin?

Haben Sie eine Osteoporose? ja nein

Haben Sie sich in den letzten 10 Jahren einen Knochen gebrochen? ja nein
Wenn ja, welchen und wie ist es dazu gekommen?

Fragebogen Neupatient Rheuma

GELENKE

In welchen Gelenken haben Sie Schmerzen?

Seit wann haben Sie diese Schmerzen?

Wie stark sind die Schmerzen ausgeprägt?

Kaum

mäßig

stark

sehr stark

Wann treten die Schmerzen auf?

dauernd

in Ruhe

bei Belastung

nach Belastung

tags

nachts

bei bestimmten Bewegungen

Bessern sich die Schmerzen?

im Laufe des Tages

nach kurzer Anlaufzeit

bei Bewegung

in Ruhe

Besteht eine morgendliche Steifigkeit?

ja

wie lange : _____

nein

Welche Gelenke waren angeschwollen?

Welche Maßnahmen haben die Beschwerden gebessert?

(Wärme, Kälte, Massagen, Akupunktur etc.)

Wurden Sie schon einmal von einer Zecke gebissen?

ja

nein

Wenn ja, wann:

Welche Symptome traten auf / wurden Sie behandelt?

Wenn ja wie?

Fragebogen Neupatient Rheuma

Haben oder hatten Sie folgende Symptome oder Erkrankungen:

Zutreffendes bitte ankreuzen, bitte angeben wann, wie oft, wie ausgeprägt, eventuell wo

		Wann	Wie oft	Wie ausgeprägt ,evtl. wo
<input type="checkbox"/>	Fieber			
<input type="checkbox"/>	Müdigkeit			
<input type="checkbox"/>	Gewichtsabnahme			
<input type="checkbox"/>	Hautausschläge			
<input type="checkbox"/>	Ausgeprägte Akne			
<input type="checkbox"/>	Schuppenflechte			
<input type="checkbox"/>	Finger- und Fußnagelveränderungen			
<input type="checkbox"/>	Haarausfall			
<input type="checkbox"/>	Lichtempfindlichkeit			
<input type="checkbox"/>	Aphten			
<input type="checkbox"/>	Magengeschwüre			
<input type="checkbox"/>	Zwölffingerdarmgeschwüre			
<input type="checkbox"/>	Durchfälle			
<input type="checkbox"/>	Schwarzen Stuhlgang			
<input type="checkbox"/>	Brennen beim Wasserlassen			
<input type="checkbox"/>	Veränderungen an der Mundschleimhaut (Bläschen)			
<input type="checkbox"/>	Mundtrockenheit			
<input type="checkbox"/>	Augentrockenheit			
<input type="checkbox"/>	Schluckstörungen			
<input type="checkbox"/>	Plötzliche Veränderungen spontan oder bei Kälte			
<input type="checkbox"/>	Sehverschlechterungen / Sehstörungen			
<input type="checkbox"/>	Langandauernder, teilweise blutiger Schnupfen oder Husten			
<input type="checkbox"/>	Verstopfte Nase			
<input type="checkbox"/>	Luftnot			
<input type="checkbox"/>	Erkrankungen der Zähne / Kiefer / Zahnfleisch			

Fragebogen Neupatient Rheuma

Haben oder hatten Sie Entzündungen der / des:

Darmes ja nein

Harnröhre ja nein

Harnblase ja nein

Prostata (Vorsteherdrüse) ja nein

Geschlechtsorgane, sexuell übertragbare
Erkrankung ja nein

Augen (Bindehaut- / Regenbogenhautentzündung) ja nein

Halsentzündung / Angina ja nein

LEBENSGEWOHNHEITEN

Rauchen Sie? ja nein

Zigaretten ja nein

Zigarren ja nein

Pfeife ja nein

Wie viel Stück am Tag? Anzahl: _____

Trinken Sie? ja nein

Bier ja nein

Wein ja nein

sonstigen Alkohol ja nein

Menge am Tage: _____

Nehmen Sie Drogen zu sich? ja nein

Wenn ja welche? _____

IMPFUNGEN

Art der Impfung	Wann zuletzt?
TBC	
Hepatitis	
Grippe	
Tetanus	
Diphtherie	
Polio	
Mumps / Masern	
Röteln	
Herpeszoster	

Fragebogen Neupatient Rheuma

Besteht oder bestanden: (bitte Angabe von Jahr und Dauer und ggf. Diagnose)

		ja	nein	Jahr	Dauer	Ggf. Diagnose
<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit					
<input type="checkbox"/>	Erhöhte Harnsäure / Gicht					
<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörung					
<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung / Nierensteine					
<input type="checkbox"/>	Herzerkrankung / Herzfehler					
<input type="checkbox"/>	Hoher Blutdruck					
<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankung					
<input type="checkbox"/>	TBC					
<input type="checkbox"/>	Rippenfellentzündung					
<input type="checkbox"/>	Lungenentzündung					
<input type="checkbox"/>	Asthma					
<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung					
<input type="checkbox"/>	Hepatitis					
<input type="checkbox"/>	Gallenwegerkrankung					
<input type="checkbox"/>	Bauchspeicheldrüsenerkrankung					
<input type="checkbox"/>	Hormonelle Störungen Unregelmäßige Periode					
<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung					
<input type="checkbox"/>	Nervenkrankheit/Lähmungen/ Taubheitsgefühl					
<input type="checkbox"/>	Epileptische Anfälle					
<input type="checkbox"/>	Schlaganfall					
<input type="checkbox"/>	Depressionen					
<input type="checkbox"/>	Bösartige Erkrankungen					
<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten					
<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen					
<input type="checkbox"/>	Thrombosen					
<input type="checkbox"/>	Blutungsneigung (Gerinnungsstörung)					
<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen					
<input type="checkbox"/>	Muskelschwäche / Muskelschmerzen					

Fragebogen Neupatient Rheuma

<input type="checkbox"/>	Sonstige hier nicht aufgeführte Erkrankungen?				
--------------------------	-----------------------------------------------	--	--	--	--

Hatten Sie schon einmal eine entzündlich rheumatische Erkrankung?
(Rheumatoide Arthritis, Lupus erythematodes, Vaskulitis, reaktive Arthritis, M. Bechterew, Psoriasisarthritis, etc.)

Seit wann besteht die Erkrankung?

Haben Sie schon Cortison eingenommen? ja nein
Wenn ja, welches?

Seit wann?

Wie lange?

In welcher Dosierung?

Wie war die Wirkung?

Warum wurde es eingesetzt?

Traten Nebenwirkungen auf? ja nein
Wenn ja, welche?

Haben Sie schon eine Tabletten-Langzeittherapie durchgeführt?

		von	bis	Erfolg	Abbruch
<input type="checkbox"/>	Methotrexat (Lantarel)				
<input type="checkbox"/>	Leflunomid (Arava)				
<input type="checkbox"/>	Sulfasalazin (Azulfidine)				
<input type="checkbox"/>	Hydroxychloroquin (Quensyl)				
<input type="checkbox"/>	Chloroquindiphosphat (Resochin)				
<input type="checkbox"/>	Azathioprin (Imurek)				
<input type="checkbox"/>	MMF (Cellcept)				
<input type="checkbox"/>	Ciclosporin (Sandimmun)				
<input type="checkbox"/>	Cyclophosphamid (Endoxan)				
<input type="checkbox"/>	Gold				
<input type="checkbox"/>	sonstige				

Fragebogen Neupatient Rheuma

Haben Sie schon Infusions-, Spritzentherapie bekommen?

		von	bis	Erfolg	Abbruch
<input type="checkbox"/>	Cimzia				
<input type="checkbox"/>	Enbrel				
<input type="checkbox"/>	Humira				
<input type="checkbox"/>	Kineret				
<input type="checkbox"/>	Orencia				
<input type="checkbox"/>	Remicade				
<input type="checkbox"/>	Rituximb (Mabthera)				
<input type="checkbox"/>	Roactemra				
<input type="checkbox"/>	Simponi				
<input type="checkbox"/>	sonstige				

Wurden Medikamente in Ihre Gelenke gespritzt?

ja

nein

in welches Gelenk?

wann?

wie oft?

Wirkung?

Welche Gelenke wurden operiert?

Was?

Wann?

Wo?

Erfolg/Komplikationen?

Sonstige Operationen:

Fragebogen Neupatient Rheuma

Vom Arzt auszufüllen:

Druckschmerzhafte Gelenke:

Geschwollene Gelenke:

BSG: _____ Aktivität: _____ errechneter DAS 28: _____

Patientenurteil zur Krankheitsaktivität:

Wie aktiv ist Ihre rheumatoide Arthritis in den letzten 7 Tagen gewesen? Bitte beurteilen Sie Ihre Beschwerden mit einem senkrechten Strich:



Patientenurteil in mm (VASP):

Mit der Erfassung dieser Daten in meiner Krankenakte bin ich einverstanden.

Datum / Unterschrift Patient/-in /Eltern oder Vertretungsberechtigte