

# Fragebogen Neupatient Rheuma

Nummer: PI-00888

---

Name/Patient/Patientin [BLOCKSCHRIFT] Vorname Geburtsdatum

## Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Präparat	Wie oft	Seit wann

## Haben Sie eine Medikamentenunverträglichkeit oder Allergien?

Wie äußert sie sich? (Beschreiben Sie bitte die Symptome!)

Besteht Kinderwunsch? ja  nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja  nein

Zahl der Geburten: \_\_\_\_\_

Zahl der Fehlgeburten: \_\_\_\_\_

Bestand oder besteht bei einem Familienmitglied eine Schuppenflechte? ja  nein

Hat jemand in Ihrer Familie eine rheumatische Erkrankung? ja  nein

## Schildern Sie kurz Ihre persönliche und berufliche Situation:

(Familie, Arbeitsplatz, Rente beantragt, arbeitslos, etc.)

## 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?

## 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?

**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			

**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	

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

**Hatten Sie schon einmal eine entzündlich rheumatische Erkrankung?**

*(Rheumatoide Arthritis, Lupus erythematoses, 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				

**Haben Sie schon Infusions-, Spritzen Therapie 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:**

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