

Medikamenteneinnahme mit FFbH

Nummer: PI-00892

Liebe Patientin, lieber Patient,
um eine kontinuierliche und umfassende ärztliche Versorgung zu gewährleisten, benötigen wir eine genaue Liste Ihrer Medikamente, die Sie zurzeit einnehmen.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Ihre Größe: _____ Ihr Gewicht: _____

Nehmen Sie z. Z. Cortison ein? nein
 ja _____ mg/Tag seit _____

Präparatname: _____

Nehmen Sie Vitamin D und Calcium? nein
 ja Präparatname: _____

Alle Medikamente

auch Hormone, Verhütungsmittel, Alternativtherapeutika, Nahrungsergänzungsmittel

Name / Stärke	Morgens	mittags	abends	Wirkung:			
				Sehr gut	gut	ausreichend	ungenügend
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei nicht zufriedenstellender Wirkung beschreiben Sie bitte Ihre Beschwerden:

Haben Sie den Wunsch, an der Therapie etwas zu ändern?

nein ja

Besonderheiten und Anmerkungen:

In den folgenden Fragen geht es um Tätigkeiten aus dem täglichen Leben.

Bitte beantworten Sie jede Frage so, wie es für Sie im Moment, d.h. seit ca. 1 Woche zutrifft.

Sie haben drei Antwortmöglichkeiten	Ja	Ja, aber mit Mühe	Nein, oder nur mit fremder Hilfe
Können Sie Brot streichen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Können Sie aus einem normal hohen Bett aufstehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Können Sie mit der Hand schreiben? (Mindestens eine Postkarte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Können Sie Wasserhähne auf- und zudreuen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Können Sie sich strecken, um z.B. ein Buch von einem hohen Regal oder Schrank zu holen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Können Sie einen mindestens 10 kg schweren Gegenstand (z.B. einen vollen Wassereimer oder Koffer) hochheben und 10 Meter weit tragen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Können Sie sich von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Können Sie sich bücken und leichten Gegenstand (z.B. ein Geldstück oder zerknülltes Papier) vom Fußboden aufheben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Können Sie sich über einem Waschbecken die Haare waschen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Können Sie 1 Stunde auf einem ungepolsterten Stuhl sitzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Können Sie 30 Minuten ohne Unterbrechung stehen? (z.B. in einer Warteschlange)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Können Sie sich im Bett aus der Rückenlage aufsetzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Können Sie sich Strümpfe an- und ausziehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Können Sie im Sitzen einen kleinen heruntergefallenen Gegenstand (z.B. eine Münze) neben Ihrem Stuhl aufheben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Können Sie einen schweren Gegenstand (z.B. einen gefüllten Kasten Mineralwasser) vom Boden auf den Tisch stellen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Können Sie einen Wintermantel an- und ausziehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Können Sie ca. 100 Meter schnell laufen (nicht gehen), etwa um einen Bus zu erreichen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Können Sie öffentliche Verkehrsmittel (Bus, Bahn usw.) benutzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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): Arzturteil in mm (VASA):

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

Datum

Unterschrift