

Fragebogen Neupatient Rheuma

Nummer: FO-13982

FRAGEBOGEN NEUE PATIENTEN

RHEUMATOLOGIE

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.)

Fragebogen Neupatient Rheuma

Nummer: FO-13982

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

Fragebogen Neupatient Rheuma

Nummer: FO-13982

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:

Fragebogen Neupatient Rheuma

Nummer: FO-13982

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 | | | |

Fragebogen Neupatient Rheuma

Nummer: FO-13982

| | | | | |
|--------------------------|---|--|--|--|
| <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 | |

Fragebogen Neupatient Rheuma

Nummer: FO-13982

| | |
|----------------|--|
| 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 | | | | | |

Fragebogen Neupatient Rheuma

Nummer: FO-13982

| | | | | | | |
|--------------------------|---|--|--|--|--|--|
| <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) | | | | |

Fragebogen Neupatient Rheuma

Nummer: FO-13982

| | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|--|--|--|--|
| <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-, 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?

Fragebogen Neupatient Rheuma

Nummer: FO-13982

Was?

Wann?

Wo?

Erfolg/Komplikationen?

Sonstige Operationen:

Vom Arzt auszufüllen:

Druckschmerzhafte Gelenke:

Geschwollene Gelenke:

BSG: _____

Aktivität: _____

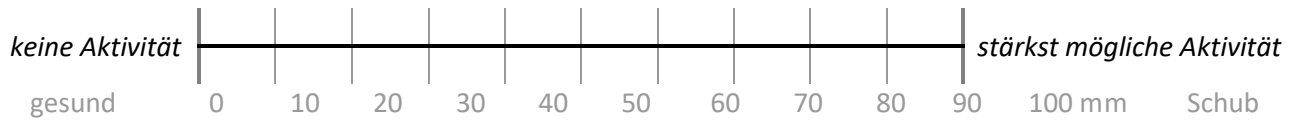
errechneter DAS 28: _____

Fragebogen Neupatient Rheuma

Nummer: FO-13982

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