



Liebe Patientin, lieber Patient,
dieser Fragebogen soll das ärztliche Gespräch und die Untersuchung **vorbereiten**.
Damit bleibt mehr Zeit über Ihr **aktuelles** gesundheitliches Problem zu sprechen.
Füllen Sie darum bitte den Fragebogen **sorgfältig & vollständig** aus. **Danke!**

Allgemeine Angaben:

Datum _____
Vorname _____ Nachname _____
Straße _____ PLZ/Ort _____
Geburtsdatum _____
Handynummer _____ Telefonnummer _____

Sind Sie Privat zusatzversichert: nein ja
Wenn Ja, bei welcher Versicherung: _____

Haben Sie sich bereits einmal rheumatologisch Vorgestellt? (Klinik/Praxis)? nein ja
Wenn ja: Name/Jahr _____ / _____
_____ / _____
_____ / _____

Fragen zu Ihrer jetzigen Krankheit und Beschwerden:

Wann haben die ersten Beschwerden begonnen? Monat/Jahr _____ / _____

Welche Beschwerden haben oder hatten Sie?

Gelenks**schmerzen**? nein ja seit wann? _____
Welches Gelenk? _____

Gelenks**schwellungen**? nein ja seit wann? _____
Welches Gelenk? _____

Morgendliche Steifigkeit der Gelenke (besonders der Finger)? nein ja wie lange? _____ min.

Morgendliche oder nächtliche Steifigkeit Rücken/Kreuz? nein ja wie lange? _____ min.

Nackenschmerzen? nein ja seit wann? _____

Schmerz im oberen Rücken? nein ja seit wann? _____

Schmerz im unteren Rücken? nein ja seit wann? _____

Schmerz im Brustkorb? nein ja seit wann? _____

Schmerz im Gesäß? nein ja seit wann? _____

Schmerz in den Armen? nein ja seit wann? _____

Schmerz in den Beinen? nein ja seit wann? _____

Leiden Sie oft unter Kopfschmerzen? nein ja seit wann? _____

Schwäche in den Muskeln? nein ja seit wann? _____

Fragen zu Ihrem sonstigen Befinden:

- Hatten Sie in letzter Zeit Fieber? nein ja wann? _____
- Haben Sie Gewicht verloren? nein ja wie viel? _____ kg - in welcher Zeit? _____
- Haben Sie brennende, trockene Augen? nein ja seit wann? _____
- Ist Ihr Mund oft trocken? nein ja seit wann? _____
- Haben Sie Schluckbeschwerden? nein ja seit wann? _____
- Werden Ihre Finger bei Kälte weiß? nein ja seit wann? _____
- Haben Sie eine Sonnenallergie? nein ja seit wann? _____
- Haben Sie vermehrt Haarausfall? nein ja seit wann? _____
- Haben Sie blutigen Schnupfen? nein ja seit wann? _____
- Fühlen Sie sich krank? nein ja seit wann? _____
- Fühlen Sie sich oft müde und schlapp? nein ja seit wann? _____
- Sind Sie oft appetitlos? nein ja seit wann? _____
- Leiden Sie öfter an Bauchschmerzen? nein ja seit wann? _____
- Ist Ihnen oft übel? nein ja seit wann? _____
- Haben Sie häufig Durchfall? nein ja seit wann? _____
- Neigen Sie zu Verstopfung? nein ja seit wann? _____
- Beschwerden beim Wasserlassen? nein ja seit wann? _____
- Ausfluss aus Harnröhre oder Scheide? nein ja seit wann? _____
- Neigen Sie zu kalten Händen/Füßen? nein ja seit wann? _____
- Leiden Sie unter Herzbeschwerden? nein ja seit wann? _____
- Sind Sie bei Belastung schnell kurzatmig? nein ja seit wann? _____
- Neigen Sie zu Wassersammlung in den Füßen? nein ja seit wann? _____
- Ist Ihr Schlaf gestört? nein ja seit wann? _____
- Fühlen Sie sich oft unausgeschlafen? nein ja seit wann? _____
- Haben Sie Husten/Auswurf? nein ja seit wann? _____
- Schlafen Arme/Beine ein? nein ja seit wann? _____
- Schweregefühl der Arme/Beine? nein ja seit wann? _____
- Vermehrtes Schwitzen? nein ja seit wann? _____
- Haben Sie noch andere Beschwerden? nein ja seit wann? _____

welche? _____

wo? _____

Fragen zu vorausgehenden Krankheiten oder begleitenden Krankheiten bzw. Störungen:

Ging eine Hals- oder Atemwegserkrankung voraus? nein ja wann? _____

Hatten Sie vorher eine Hauterkrankung? nein ja wann? _____

(Schuppenflechte, Akne etc.) welche? _____

Besteht eine entzündliche Darmerkrankung oder des öfteren dünnflüssiger Stuhl? nein ja seit wann? _____

Hatten Sie irgendwann eine Augenentzündung? nein ja wann? _____
(Regenbogen-, Bindehaut)

Haben Sie offene Stellen (Aphten) in Mund- oder Genitalbereich? nein ja seit wann? _____
wo? _____

Haben/hatten Sie eine Thrombose? nein ja wann? _____ wo? _____

Erinnern Sie sich an einen Zeckenstich? nein ja wann? _____

Bestehen Allergien/Unverträglichkeiten? nein ja seit wann? _____

Reaktionen bei:	Art der Beschwerden:

Haben Sie einen Allergiepass? nein ja

Welche Vorerkrankungen/sonstigen Krankheiten sind bekannt?

Bluthochdruck? nein ja seit wann? _____

Blutzuckerkrankheit (Diab.mell.)? nein ja seit wann? _____

Nierenkrankheit? nein ja seit wann? _____

Lebererkrankungen? nein ja seit wann? _____

Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür? nein ja wann? _____

Herzinfarkt? nein ja wann? _____

Schlaganfall? nein ja wann? _____

Grüner/grauer Star? nein ja seit wann? _____ welcher? _____

Lungenentzündung? nein ja wann? _____

Rippenfellentzündung? nein ja wann? _____

Herzbeutelentzündung? nein ja wann? _____

Durchblutungsstörungen der Beine? nein ja seit wann? _____

Tuberkulose? nein ja seit wann? _____

Osteoporose? nein ja seit wann? _____

Gicht? nein ja seit wann? _____

Tumor-Erkrankungen? nein ja

welche/wo? _____ wann? _____

welche/wo? _____ wann? _____

Fragen zur Familie sowie Erkrankungen in der Familie:

Haben Sie Geschwister? nein ja wie viele? _____

Haben Sie Kinder? nein ja wie viele? _____

Gelenkerkrankungen? nein ja wer? _____

Rheumatische Beschwerden? nein ja wer? _____

Gicht? nein ja wer? _____

Rückenerkrankungen? nein ja wer? _____

Osteoporose? nein ja wer? _____

Schuppenflechte/Hautveränderungen? nein ja wer? _____

Geben Sie durchgeführte Operationen oder Unfallverletzungen an:

Art der OP/Verletzung und Zeitpunkt? (z.B. *Blinddarm-OP 1972* oder *Oberschenkelbruch li. 1982* etc.)

Welche Medikamente nahmen Sie früher ein? Bitte ankreuzen und beschreiben!

Basistherapien wie

Quensyl/Resochin von _____ bis _____ Enbrel/Humira von _____ bis _____

Cortison von _____ bis _____ Simponi/Cimzia von _____ bis _____

Sulfasalazin von _____ bis _____ Remicade von _____ bis _____

Azathioprin von _____ bis _____ Roactemra von _____ bis _____

Methotrexat/MTX von _____ bis _____ Mabthera von _____ bis _____

Leflunomid/Arava von _____ bis _____ Gold von _____ bis _____

Andere Biologika von _____ bis _____

Gründe für Wechsel/Abbruch: _____

Dosis: _____

Fragen zu Ihrem Alltag und Ihren Lebensgewohnheiten:

Sind Sie erwerbstätig? nein ja als? _____

Sind Sie zur Zeit arbeitssuchend? nein ja als? _____

Sind Sie zur Zeit arbeitsunfähig nein ja als? _____

Sind Sie berentet? nein ja seit? _____

befristet bis? _____ Art der Berentung? _____

Besteht eine Schwerbehinderung? nein ja seit? _____ mit _____ %

wegen folgender Erkrankungen: _____

Antrag Schwerbehinderung geplant? nein ja

Widerspruch Schwerbehinderung geplant? nein ja

Antrag Rente geplant? nein ja

Widerspruch Rente geplant? nein ja

Betreiben Sie Bewegungssport? nein ja welchen? _____

Rauchen Sie/haben Sie geraucht? nein ja wie viel? _____ pro Tag
bis wann? _____

Trinken Sie Bier, Wein oder sonstige alkoholische Getränke? nein ja
wie viel? _____ pro Tag

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ?

Name	Dosierung: tagl./wöchentl./monatl.	Dosierung am Tag: z.B. 1-0-0-1

Auch Naturmedizin (inkl. Vitamine, Enzyme etc.)

Name	Dosierung: tagl./wöchentl./monatl.	Dosierung am Tag: z.B. 1-0-0-1

Werden, oder wurden, wegen Ihrer jetzigen Krankheit andere Behandlungen bzw. Anwendungen durchgeführt?

- | | | | | | | | |
|----------------|--------------------------|------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| Injektionen | <input type="checkbox"/> | Gelenkpunktionen | <input type="checkbox"/> | Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> | Ergotherapie | <input type="checkbox"/> |
| TENS-Gerät | <input type="checkbox"/> | Akupunktur | <input type="checkbox"/> | Kältekammer | <input type="checkbox"/> | Schmerztherapie | <input type="checkbox"/> |
| Reha-Maßnahmen | <input type="checkbox"/> | ambulante Kur | <input type="checkbox"/> | stationäre Kur | <input type="checkbox"/> | Funktionstraining | <input type="checkbox"/> |

Wann und wo? _____

Sind Untersuchungen (wie Röntgen, CT, Szintigraphie, Knochendichtemessung oder Ultraschall) durchgeführt worden?

- Röntgen von Gelenken? nein ja wann? _____
 welche? _____ bei wem? _____
- Röntgen der Wirbelsäule? nein ja wann? _____
 welche? _____ bei wem? _____
- Röntgen der Lunge? nein ja wann? _____
 welche? _____ bei wem? _____
- andere Röntgenaufnahmen? nein ja wann? _____
 welche? _____ bei wem? _____
- Computertomographie (CT)? nein ja wann? _____
 welche? _____ bei wem? _____
- Kernspintomographie (MRT)? nein ja wann? _____
 welche? _____ bei wem? _____
- Szintigraphie? nein ja wann? _____
 welche? _____ bei wem? _____
- Knochendichtemessung? nein ja wann? _____
 welche? _____ bei wem? _____
- Ultraschall von Gelenken und Organen? nein ja wann? _____
 welche? _____ bei wem? _____

Hier können Sie weitere Angaben machen:

Fragen, die **NUR FRAUEN** betreffen:

- Ist die Monatsblutung unregelmäßig? nein ja seit wann? _____
- Haben Sie stärkere Regelbeschwerden? nein ja seit wann? _____
- Hatten Sie Geburten? nein ja wie viele? _____
- Hatten Sie Fehlgeburten? nein ja wie viele? _____
- Nehmen Sie Hormonpräparate? nein ja seit wann? _____

welche? _____

Hier können Sie weitere Angaben machen:

In den folgenden Fragen geht es um Tätigkeiten aus dem alltäglichen Leben.
 Sie haben 3 Antwortmöglichkeiten:

Ja	Ja, aber mit Mühe	Nein, oder nur mit fremder Hilfe
Sie können die Tätigkeiten ohne Schwierigkeiten ausführen	Sie haben Schwierigkeiten, z.B. Schmerzen, es dauert länger als früher, oder Sie müssen sich dabei abstützen	Sie können es gar nicht, oder nur, wenn eine andere Person Ihnen dabei hilft

Bitte beantworten Sie jede Frage so, wie es für Sie momentan (in Bezug auf die letzten 7 Tage) zutrifft und kreuzen Sie das entsprechende Feld an. Bitte lassen Sie keine Frage aus!		Ja	Ja, aber mit Mühe	Nein, oder nur mit fremder Hilfe
1.	Können Sie sich ein Brot streichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Können Sie aus einem normal hohen Bett aufstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Können Sie eine Postkarte schreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Können Sie Wasserhähne auf- und zudrehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Können Sie sich strecken, um z.B. ein Buch aus einem hohen Regal oder Schrank zu holen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Können Sie einen mind. 10kg schweren Gegenstand (z.B. einen vollen Wassereimer oder Koffer) hochheben und etwa 10 Meter weit tragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Können Sie sich von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Können Sie sich bücken und einen leichten Gegenstand (z.B. ein Geldstück oder zerknülltes Papier) vom Fußboden aufheben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Können Sie sich über einem Waschbecken die Haare waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Können Sie eine Stunde auf einem ungepolsterten Stuhl sitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Können Sie 30 Minuten ohne Unterbrechung stehen (z.B. in einer Warteschlange)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Können Sie sich im Bett aus der Rückenlage aufsetzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Können Sie sich Strümpfe an- und ausziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Können Sie im Sitzen einen kleinen herunter gefallenen Gegenstand (z.B. ein Geldstück) neben Ihrem Stuhl aufheben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Können Sie einen schweren Gegenstand (z.B. einen vollen Kasten Wasser) vom Boden auf den Tisch stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Können Sie sich einen Wintermantel an- und ausziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Können Sie ca. 100 Meter schnell laufen – nicht gehen!, um etwa einen Bus zu erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Können Sie öffentliche Verkehrsmittel (Bus & Bahn etc.) benutzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bringen Sie bitte den **vollständig** ausgefüllten Fragebogen, Ihre vorhandenen Unterlagen (**Vorbefunde, Laborwerte** etc.) sowie bereits angefertigte **Röntgenbilder** Ihrer behandelnden Ärzte zu Ihrem Termin mit.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Geduld!