

Formular

Fragebogen Neupatient Rheuma

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.)

Formular

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?

Formular

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?

Formular

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			

350 Effective (geltend) / Kontrollierter Druck / Review am: 23.03.2022 - Gedruckt: durch Wenderthe / am 20.08.2021 10:07:57 / für Wenderoth, Heike

Formular

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	

Formular

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					

350 Effective (geltend) / Kontrollierter Druck / Review am: 23.03.2022 - Gedruckt: durch Wenderthe / am 20.08.2021 10:07:57 / für Wenderoth, Heike

Formular

Fragebogen Neupatient Rheuma

<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				

Formular

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:

Formular

Fragebogen Neupatient Rheuma

Vom Arzt auszufüllen:

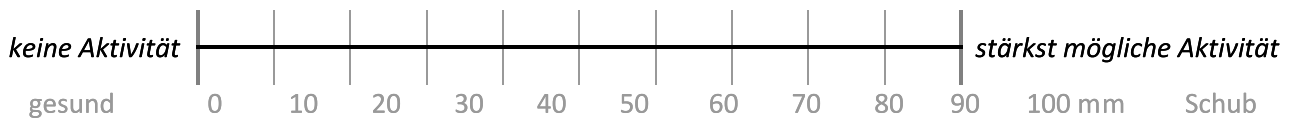
Druckschmerzhafte Gelenke:

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