

Fragebogen für die Erstvorstellung in der Rheuma - Ambulanz

Durch die Beantwortung der Fragen wird Ihre Erstvorstellung bei uns effektiver für Sie sein.
Bitte sind Sie mit Ihren Angaben so genau wie möglich und beantworten Sie jede Frage.

Name, Vorname: Geburtsdatum:
Ihre Körpergröße:cm Ihr Körpergewicht:kg
Telefon (Handy): E-Mail:

1. Bitte nennen Sie uns den Anlass für Ihre Terminanfrage bzw. für Ihren Besuch.

- Ich war noch nie bei einem Rheumatologen und möchte mich aufgrund meiner Beschwerden rheumatologisch untersuchen lassen.
- Ich möchte eine unabhängige Zweitmeinung eines Rheumatologen einholen.
- Ich möchte meinen Rheumatologen wechseln.

Falls zutreffend - Welche Diagnose hat Ihr Rheumatologe gestellt?

2. Was ist Ihr Hauptproblem, warum Sie einen Rheumatologen aufsuchen wollen?

Problem:

3. Haben Sie wegen Ihrer momentanen Beschwerden schon einmal einen Arzt aufgesucht?

- NEIN
- JA

Wenn Sie Unterlagen haben, wie Arztbriefe oder Untersuchungsergebnisse, bringen Sie diese bitte zur Vorstellung mit.

4. Wie lange bestehen Ihre Beschwerden?

- Die Beschwerden bestehen seit weniger als 6 Wochen.
- Die Beschwerden bestehen seit über 6 Wochen, aber nicht mehr als seit 3 Monaten.
- Die Beschwerden bestehen seit über 3 Monaten, aber nicht mehr als seit 6 Monaten.
- Die Beschwerden bestehen seit über 6 Monaten, aber nicht mehr als 12 Monaten.
- Die Beschwerden bestehen schon seit über 12 Monaten.
- Die Beschwerden bestehen schon seit mehreren Jahren.

5. Haben Sie vor Kurzem eine Blutuntersuchung durchführen lassen?

- NEIN
- JA

Falls JA - Welche Werte waren auffällig?

- Blutsenkung (BSG, BKS)
- CRP
- Rheuma Faktor / anti-CCP
- ANA
- HLA-B27
- Sonstige:

6. Wachen Sie nachts häufig auf, aufgrund von Rückenschmerzen?

- NEIN
- JA

7. Haben oder hatten Sie eine Psoriasis / Schuppenflechte an der Haut oder den Nägeln?

- NEIN JA

8. Hatten Sie vor Beginn der Beschwerden einen Infekt an Bronchien, Lunge, Magen-Darm oder Blase?

- NEIN JA

9. Kommen in Ihrer Familie (Großeltern, Eltern, Geschwister) folgende Erkrankungen vor?

- Entzündliches Gelenkrheuma, z.B. Rheumatoide Arthritis / Chronische Polyarthrit
- Morbus Bechterew / Spondyloarthritis
- Schuppenflechte / Psoriasis
- Chronische entzündliche Darmerkrankungen (M. Crohn / Colitis Ulcerosa)
- Uveitis / Iritis (schmerzhafte Entzündung der Augen)

10. Gelenke ermöglichen unsere Bewegung. Es gibt große Gelenke (Schulter-, Hüft- und Kniegelenke) und kleine Gelenke (Ellenbogen-, Hand-, Sprung-, Fingergelenke).

Haben Sie Schmerzen direkt in den Gelenken?

- NEIN JA

11. Sind oder waren Ihre Gelenke im Zuge Ihrer Beschwerden schon einmal dick bzw. angeschwollen?

- NEIN JA

12. Sind Ihre Hände morgens steif?

- NEIN JA

Falls JA - Wie lange dauert es bis zur maximalen Besserung der Steifigkeit?

- ein paar Minuten
- eine halbe Stunde
- mehr als 1 Stunde

13. Sind bei Ihnen in letzter Zeit Kopfschmerzen aufgetreten, die Sie in dieser Form / Intensität / Stärke nicht kennen?

- NEIN JA

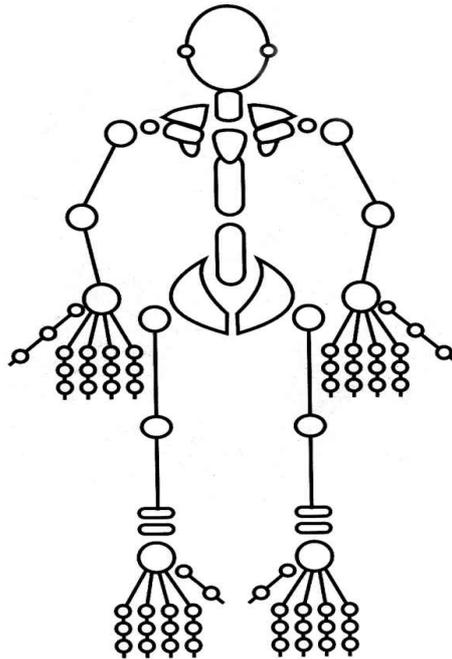
14. Haben Sie wegen Schmerzen oder Steifigkeit Schwierigkeiten, beide Arme über den Kopf zu heben?

- NEIN JA

15. Verspüren Sie in letzter Zeit eine schmerzlose Schwäche in den Muskeln, die Sie bei alltäglichen Tätigkeiten einschränken, wie Treppensteigen oder Aufstehen aus der Hocke?

- NEIN JA

16. Markieren Sie bitte die Körperstellen, an denen Sie Schmerzen verspüren:



17. Bitte beschreiben Sie Ihr allgemeines Befinden. Haben Sie eines oder mehrere der nachfolgend genannten Beschwerden?

- Ich fühle mich insgesamt krank.
- Ich schlafe schlecht ein oder werde nachts wach.
- Ich fühle mich oft unausgeschlafen.
- Ich fühle mich müde und schlapp.
- Ich bin oft appetitlos
- nichts trifft zu.

18. Haben Sie Husten?

- NEIN JA

Falls JA - Wie lange haben Sie bereits Husten? Tage Wochen Monate Jahre
Haben Sie Auswurf beim Husten? NEIN JA
Rauchen Sie? NEIN JA

19. Werden Ihre Finger / Zehen bei Kälte weiß oder blau?

- NEIN JA

20. Bestehen aktuell an der Haut rote Flecken, Geschwüre oder Blutkrusten?

- NEIN JA
Falls JA - Markieren Sie die Stellen der Hautveränderungen am Schema-Männchen bei Frage 16

21. Hatten Sie schon einmal eine schmerzhafte Augenentzündung?

- NEIN JA

21. Haben Sie ständig einen trockenen Mund oder Probleme mit Zahnfleischentzündung?

- NEIN JA

22. Sind Sie „krankgeschrieben“?

- NEIN JA

Falls JA - Wie lange sind Sie bereits krankgeschrieben?

23. Wurden Sie schon einmal operiert?

- NEIN JA

Was wurde operiert?	Wann wurde operiert?

24. Haben Sie weitere Erkrankungen?

(Blutdruck, Diabetes, Nieren, Herz, Darm, Tumore etc.)

- NEIN JA

Welche Erkrankung	Seit wann besteht diese Erkrankung?

25. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- NEIN JA

Präparat / Wirkstoff	Dosis (mg, ml)	Tagesdosis (z.B. 1 – 0 – 0)

Fragebogen ENDE