

Allgemeine Patientendaten Rheuma

Nummer: PI-00233

Vorstellungsdatum:

Name/Patient Vorname Geburtsdatum

Telefon privat Telefon mobil E-Mail

(Ausgeübter) Beruf Telefon beruflich

Ihr Überweisungsarzt bekommt einen Arztbrief Einverstanden: [] Ja [] Nein
Datum: _____ Unterschrift: _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Table with 3 columns: Präparat, Wie oft, Seit wann

Haben Sie eine Medikamentenunverträglichkeit oder Allergien? ja [] nein []

Wenn ja, wie äußert sie sich? (Beschreiben Sie bitte die Symptome!)

Blank lines for describing symptoms

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.)

Blank lines for personal and professional situation

Haben oder hatten Sie Entzündungen der / des:

Darmes	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Harnröhre	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Harnblase	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Prostata (Vorsteherdrüse)	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Geschlechtsorgane, sexuell übertragbare Erkrankung	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Augen (Bindehaut- / Regenbogenhautentzündung)	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Halsentzündung / Angina	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

LEBENSGEWONHEITEN

Größe			Gewicht	
-------	--	--	---------	--

	Ja	Was?	Menge pro Tag?	Seit wann?	Nein
Rauchen Sie?					
Trinken Sie Alkohol?					
Nehmen Sie Drogen zu sich?					

IMPFUNGEN

Art der Impfung	Wann zuletzt?
TBC	
Hepatitis	
Grippe	
Tetanus	
Diphtherie	
Pertussis/Keuchhustenimpfung	

Art der Impfung	Wann zuletzt?
Polio	
Mumps / Masern	
Röteln	
Herpes zoster	
Pneumokokken	

WIRBELSÄULE

Leiden Sie unter Schmerzen der

Halswirbelsäule
Lendenwirbelsäule

Brustwirbelsäule
im Kreuzbein

Seit wann bestehen die Beschwerden und wie stark sind sie ausgeprägt?

Wann treten sie auf?

frühmorgens	<input type="checkbox"/>	Bewegungsabhängig	<input type="checkbox"/>
nachts	<input type="checkbox"/>	nach langem Gehen oder Stehen	<input type="checkbox"/>
in Ruhe	<input type="checkbox"/>	nach langem Sitzen	<input type="checkbox"/>
beim Husten oder Niesen	<input type="checkbox"/>	dauernd	<input type="checkbox"/>

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
Nein

Um wie viel Zentimeter? _____

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

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?

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"/>	Sonnenallergie			
<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			

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"/>	Gallenwegserkrankung					
<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					
<input type="checkbox"/>	Sonstige hier nicht aufgeführte Erkrankungen?					

Hatten Sie schon einmal eine entzündlich rheumatische Erkrankung? ja nein

(Rheumatoide Arthritis, Lupus erythematodes, Vaskulitis, reaktive Arthritis, M. Bechterew, Psoriasis Arthritis, etc.)

Wenn Ja, welche und 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				

Haben Sie schon Infusions-, Spritzentherapie bekommen?

		von	bis	Erfolg	Abbruch
<input type="checkbox"/>	Certolizumab (Cimzia)				
<input type="checkbox"/>	Etanercept (Enbrel/Benepali/Erelzi)				
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira)				
<input type="checkbox"/>	Anakinra (Kineret)				
<input type="checkbox"/>	Abatacept (Orencia)				
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade/Remsima/Inflectra)				
<input type="checkbox"/>	Rituximab (MabThera/Truxima)				
<input type="checkbox"/>	Tocilizumab (RoACTEMRA)				
<input type="checkbox"/>	Golimumab (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:

Funktionsfragebogen

In den folgenden 18 Fragen geht es um Tätigkeiten aus dem täglichen Leben.

Bitte beachten Sie jede Frage so, wie es für Sie **im Moment** (wir meinen in Bezug auf die letzten 7 Tage) zutrifft.

Sie haben drei Antwortmöglichkeiten:

Sie haben drei Antwortmöglichkeiten		Ja	Ja, aber mit Mühe	Nein oder nur mit fremder Hilfe
1	Können Sie Brot streichen?	[1]	[2]	[3]
2	Können Sie aus einem normalen hohen Bett aufstehen?	[1]	[2]	[3]
3	Können Sie mit der Hand schreiben? (mindestens eine Postkarte)	[1]	[2]	[3]
4	Können Sie Wasserhähne auf- und zudrehen?	[1]	[2]	[3]
5	Können Sie sich strecken, um z. B. ein Buch von einem hohen Regal oder Schrank zu holen?	[1]	[2]	[3]
6	Können Sie einen mind. 10 kg schweren Gegenstand (z. B. einen vollen Wassereimer oder Koffer) hochheben und 10 m weit tragen?	[1]	[2]	[3]
7	Können Sie sich von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen?	[1]	[2]	[3]
8	Können Sie sich bücken und einen leichten Gegenstand (z. B. ein Geldstück oder ein zerknülltes Papier) vom Fußboden aufheben?	[1]	[2]	[3]
9	Können Sie sich über einem Waschbecken die Haare waschen?	[1]	[2]	[3]
10	Können Sie eine Stunde auf einem ungepolsterten Stuhl sitzen?	[1]	[2]	[3]
11	Können Sie 30 min ohne Unterbrechung stehen? (z. B. in einer Warteschlange)	[1]	[2]	[3]
12	Können Sie sich im Bett aus der Rückenlage aufsetzen?	[1]	[2]	[3]
13	Können Sie sich Strümpfe an- und ausziehen?	[1]	[2]	[3]
14	Können Sie im Sitzen einen runtergefallenen Gegenstand (z. B. eine Münze) neben dem Stuhl aufheben?	[1]	[2]	[3]
15	Können Sie einen schweren Gegenstand (z. B. einen gefüllten Kasten Mineralwasser) vom Boden auf den Tisch stellen?	[1]	[2]	[3]
16	Können Sie einen Wintermantel an- und ausziehen?	[1]	[2]	[3]
17	Können Sie ca. 100 m schnell laufen (nicht gehen), etwa um einen Bus zu erreichen?	[1]	[2]	[3]
18	Können Sie öffentliche Verkehrsmittel (Bus, Bahn, usw.) benutzen?	[1]	[2]	[3]

Patientenurteil zur Krankheitsaktivität:

Wie aktiv ist Ihre rheum. Arthritis in den letzten 7 Tagen gewesen? Bitte beurteilen Sie Ihre Beschwerden mit einem Strich:

gesund



Schub



0

50

100

Patientenurteil in mm (VASP):

Arzturteil in mm (VASA):