

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

damit Sie sich auf Ihren ersten Untersuchungstermin zur Abklärung einer rheumatischen Erkrankung vorbereiten können und uns wichtige Informationen nicht entgehen, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten:

Name:

Geburtsdatum:

Körpergröße:

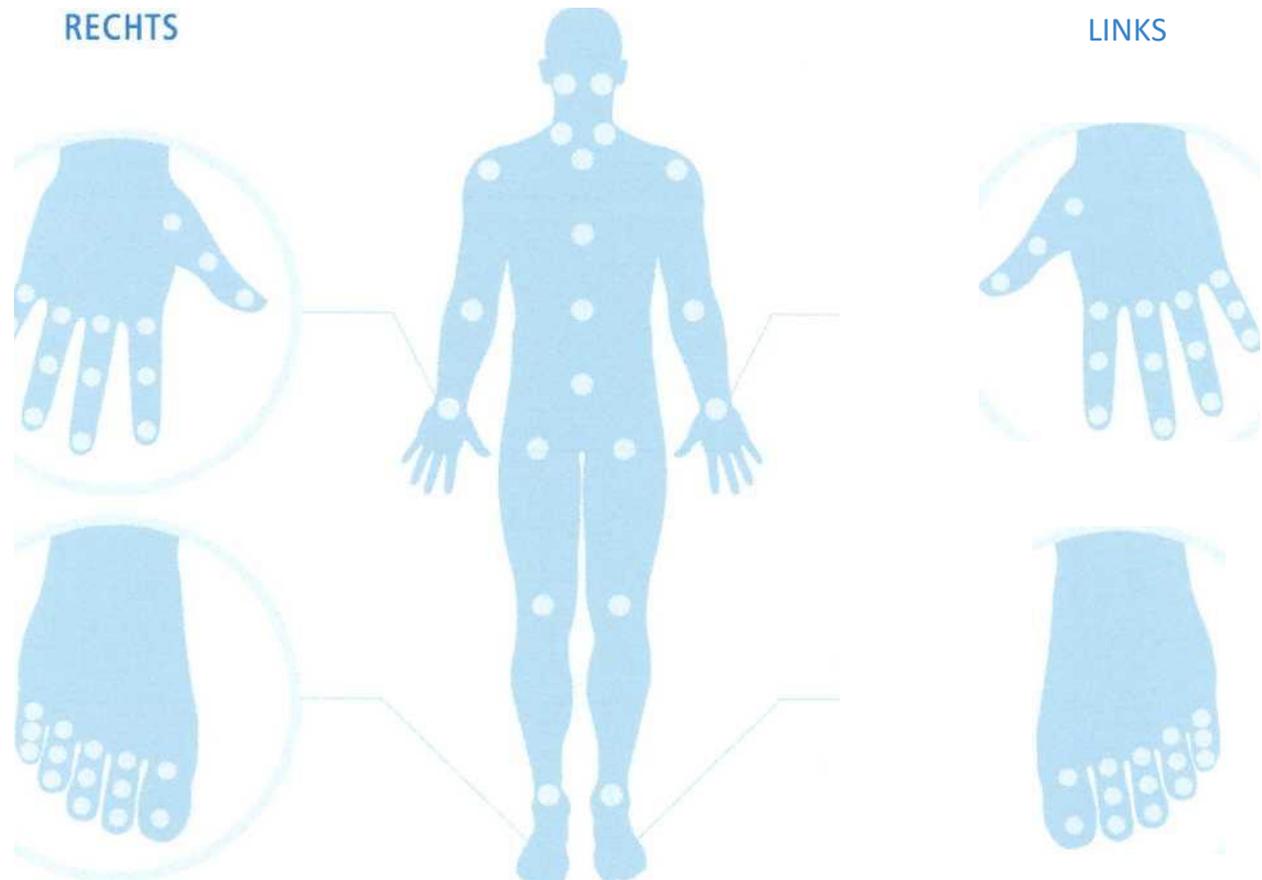
Körpergewicht

1. Leiden Sie unter Gelenkschwellungen oder Gelenkschmerzen:

ja nein

Wenn ja, seit wann treten die Beschwerden auf?

Bitte kennzeichnen Sie in dem abgebildeten Körperschema die Gelenke oder zeichnen Sie die Körperregionen ein, die Ihnen Beschwerden bereiten:



Besserung durch: Kälte Wärme Bewegung Medikamente

Morgensteifigkeit: ___ min Schmerzstärke von 1 – 10: ____

keine | | | | | | | | | | stärkste Schmerzen
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- Schuppenflechte chron.-entz. Darmerkrankung Osteoporose
 Gicht Infektionskrankheiten (z.B. Gelbsucht, Tuberkulose)

3. Ist in Ihrer Familie eine der folgenden Krankheiten bekannt?

- Schuppenflechte entzündliches Rheuma Osteoporose
 Gicht Infektionskrankheiten (z.B. Gelbsucht, Tuberkulose)

	JA	NEIN
Wachen Sie nachts wegen tief sitzender Rückenschmerzen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals eine schmerzhafte Augenentzündung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Muskelschwäche in Oberarmen u./o. Oberschenkel bemerkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie im letzten Vierteljahr ungewollt Gewicht abgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie oft Durchfälle oder Infektionen der Atemwege/Harnwege?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine Schuppenflechte bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie oft entzündete Stellen an der Schleimhaut (z.B. im Mund)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Trockenheit der Augen und/oder des Mundes bemerkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals einen Hautausschlag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie sonnenempfindlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals eine Thrombose im Bein oder eine Lungenembolie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals blutigen Schnupfen oder blutigen Urin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals plötzlich einsetzende Sehstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 8 Wochen eine Infektion, z.B. der Lunge u./o. Harnwege?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie oder haben Sie aktuell eine Krankenhausinfektion (MRSA; TBC)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Welche Rheuma-Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

5. Allgemeines:

Jetzige berufliche Tätigkeit:

- Beziehen Sie EU-Rente? ja nein
 Haben Sie einen Rentenantrag gestellt? ja nein
 Liegt ein Grad der Behinderung (GdB) vor? ja nein