



Patientenfragebogen

Patnr.:.....

Datum:.....

Partnerpraxis der



Familienname:

Vorname:

Wohnort:

Straße, HausNr.:

Telefon:

Mobil:

Email:

Ausgeübte Tätigkeit:

Sind Sie arbeitsunfähig? ja nein

Sind Sie berentet? ja nein

Hausarzt:

Größe:

Gewicht:

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Welche Beschwerden bestehen und sollen rheumatologisch abgeklärt werden?

Müssen Sie wegen der Schmerzen ständig hochdosiert Schmerzmittel nehmen? ja nein

Welche ernsthaften Erkrankungen wurden bei Ihnen bisher diagnostiziert; welche Operationen sind durchgeführt worden?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Waren sie jemals zuvor bei einem Rheumatologen? ja nein

Wenn ja: mit welchem Ergebnis/welcher Diagnose? Bitte Bericht mitbringen!

Gibt es rheumatologische Erkrankungen in Ihrer Familie ja nein

Wenn ja: welche?

A) Abklärung von Gelenkschmerzen

Bestehen Gelenkschmerzen/Gelenkschwellungen mit einer Dauer > 3 Monate? ja nein

Gehen die Gelenkschmerzen mit einer deutlichen Morgensteifigkeit > 1h einher? ja nein

Wachen sie regelmäßig nachts wegen Schmerzen aus dem Schlaf heraus auf? ja nein

Sind Gelenke anhaltend geschwollen, überwärmt und sehr druckschmerzhaft? ja nein

Welche Gelenke sind betroffen?

Wurde bei Ihnen eine Psoriasis (Schuppenflechte) vom Hautarzt diagnostiziert? ja nein

B) Abklärung von Rückenschmerzen

Leiden Sie unter tiefsitzenden Rückenschmerzen mit einem Beginn der Schmerzen vor dem 45. Lj. mit einer Dauer von mindestens > 3 Monaten? ja nein

Leiden sie regelmäßig unter Morgensteifigkeit im unteren Rückens von > 30 min? ja nein

Wachen sie regelmäßig nachts wegen der Rückenschmerzen auf? ja nein

Bessern sich die Rückenschmerzen bei Bewegung? ja nein

Ist jemals eine länger anhaltende Schwellung eines ganzen Fingers über mehrere Tage ohne einen vorhergehenden Unfall aufgetreten („Wurstfinger/Wurstzehe“)? ja nein

Wurde bei Ihnen schon einmal durch einen Augenarzt eine Regenbogenhaut-Augenentzündung/Iritis/Uveitis des Auges diagnostiziert? ja nein

Wurde wie bei Ihnen eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn/Kolitis ulcerosa) nach einer Darmspiegelung diagnostiziert? ja nein

Liegt in ihrer Familie (Verwandte ersten oder zweiten Grades) eine der folgende Erkrankungen vor: Morbus Bechterew/Spondyloarthritis/ankylosierender Spondylitis, Psoriasis (Schuppenflechte), Morbus Crohn/Kolitis ulcerosa. ja nein

Wurde Ihr Blut positiv auf den genetische Marker HLA-B27 getestet? ja nein

Ist bei Ihnen ein Bandscheibenschaden/Bandscheibenvorfall diagnostiziert worden? ja nein

C) Weitere Symptome

Werden ihre Finger bei Kälte regelmäßig weiß wie Totenhände bzw. anschließend rot oder tiefblau und schmerzen? ja nein

Leiden sie unter einer quälenden Trockenheit von Augen und/oder Mund? ja nein

Ist ihre Haut besonders lichtempfindlich, insbesondere im Gesicht oder auf dem Dekolleté, im Sinne von Bläschenbildung und Hautausschlägen auch bei nur leichter Sonnenbestrahlung? ja nein

Hatten Sie jemals eine Thrombose? ja nein

Frauen: Hatten sie jemals eine Fehlgeburt? ja nein

Frauen: nehmen Sie Hormonpräparate ein (Pille)? ja nein

Sind neue, Sie beeinträchtigende Schläfen-Kopfschmerzen aufgetreten? ja nein

Sind neue Kauschmerzen im Bereich der Kaumuskulatur aufgetreten, die Sie beeinträchtigen? ja nein

Sind neue Sehstörungen i.S. von einer plötzlichen Blindheit eines Auges oder wiederkehrende Doppelbilder aufgetreten? ja nein

Ist bei Ihnen eine Polyneuropathie diagnostiziert worden? ja nein

Wurden bei Ihnen im Rahmen einer Blutentnahme einer oder mehrere der folgenden Rheumawerte gefunden? ANA, Lupusantikörper, Rheumafaktor, ACPA/Citrullin-Antikörper ja nein

Wurden bei Ihnen jemals erhöhte Entzündungswerte im Blut gemessen? ja nein

Haben Sie in letzter Zeit ungewollt Gewicht verloren? ja nein

Wenn ja: Wie viele kg in welcher Zeit?

Haben sie Schlafstörungen? ja nein

Haben Sie häufig Durchfall? ja nein

Wenn ja: Blut im Stuhl?

Leiden sie rasch unter Atemnot bei Anstrengung? ja nein

Leiden sie gehäuft unter Lungenentzündungen/chronischen Nebenhöhlenentzündungen, weswegen Sie hüufig Antibiotika nehmen müssen? ja nein

Leiden sie unter blutigen Nasennebenhöhlenentzündungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind bei ihnen Allergien/Medikamentenüberempfindlichkeiten bekannt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja: Welche?	
Rauchen sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, seit wie vielen Jahren?	
Waren Sie vor kurzem im Ausland (Fernreise)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Liegen bei Ihnen bösartige Erkrankungen vor (Krebserkrankungen)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja: Welche?	
Bestehen bei Ihnen chronische Infektionserkrankungen (z. B. Hepatitis, Tuberkulose)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja: Welche?	
Treiben Sie regelmäßig Sport?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bitte zum vereinbarten Termin unbedingt mitbringen:

- **Den ausgefüllten Bogen.**
- **Laborwerte; sofern vorliegend: insbesondere Rheumawerte und Entzündungswerte.**
- **Vorliegende Krankenhaus-und Arztberichte.**
- **Erfolgte Bildgebungen (Röntgen, MRT, CT) von betroffenen Gelenken / Körperregionen.**