

Datum:.....

Familienname: .....Vorname:.....

Wohnort:.....Straße, Haus Nr:.....

Telefon: .....Mobiltelefon:.....Email:.....

Ausgeübte Tätigkeit:.....

Sind Sie derzeit arbeitsunfähig?  ja  nein                      Sind Sie berentet?  ja  nein

Hausarzt: .....

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

Welche Beschwerden bestehen und sollen rheumatologisch abgeklärt werden?

.....  
.....  
.....

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 aus dem Schlaf heraus wegen der Gelenkschmerzen auf?

ja  nein

Sind Gelenke anhaltend geschwollen, überwärmt und sehr druckschmerzhaft?

ja  nein

Welche Gelenke sind betroffen?: .....

Wurde bei Ihnen eine Psoriasis (Schuppenflechte) von einem Hautarzt diagnostiziert?

ja  nein

## B) Abklärung von Rückenschmerzen

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

ja  nein

Leiden sie regelmäßig unter einer Morgensteifigkeit des 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 bei Ihnen der genetische Marker HLA-B27 in einem Bluttest positiv nachgewiesen?

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 Kaumuskelatur 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 , welche die häufige Einnahme von Antibiotika erforderlich machen?  ja  nein

Leiden sie unter blutigen Nasennebenhöhlenentzündungen?  ja  nein

Sind bei ihnen Allergien/Medikamentenüberempfindlichkeiten bekannt?

ja  nein

Wenn ja: Welche?

.....

Rauchen sie?

ja  nein

Wenn ja, seit wie vielen Jahren? .....

Waren Sie vor kurzem im Ausland (Fernreise)?

ja  nein

Liegen bei Ihnen bösartige Erkrankungen vor (Krebserkrankungen)?

ja  nein

Wenn ja: Welche?

.....

Bestehen bei Ihnen chronische Infektionserkrankungen (z. B. Hepatitis, Tuberkulose)?

ja  nein

Wenn ja: Welche? .....

Treiben Sie regelmäßig Sport?

ja  nein

Unterschrift: .....

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.