Schwerpunktpraxis Rheumatologie
und klinische Immunologie

Dr. med. Kirsten Lüthke
Dr. med. Susanne Neumann
Dr. med. Angela Weiß
Dr. med. Christine Merkel
Dr. med. Marten Kayser

FRAGEBOGEN
zur Erstvorstellung in der Rheumaambulanz

Bitte lesen Sie die folgenden Fragen sorgfältig durch. Kreuzen Sie Zutreffendes an und schreiben Sie ggf. ergänzende Bemerkungen hinzu. Ihre Antworten geben uns wichtige Informationen über Ihre Beschwerden und sind uns eine wichtige Stütze bei der Erfassung, Einordnung und Beurteilung Ihres Krankheitsbilds.

Der vollständig ausgefüllte Fragebogen (9 Seiten) ist Voraussetzung für die Bearbeitung Ihrer Terminanfrage!

Name, Vorname: ……. **geboren am**: ……

Adresse: …….. **Telefon**: ……..…….

…….. **ggf. Email**: ……

Wie groß und wie schwer sind Sie? ……. cm ……. kg

Waren Sie **schon einmal beim Rheumatologen?** □ nein □ ja

□ einmal, bzw. früher. Wann zuletzt? ……..…
□ bin regelmäßig beim Rheumatologen

Haben Sie **Gelenkschmerzen**? □ nein □ ja

Seit wann? ……..……..
□ plötzlich begonnen
□ schleichend zunehmend
□ schubweise auftretend
□ Dauerschmerzen
□ in **Ruhe keine/weniger Schmerzen**
□ bei **Belastung/Bewegung schlimmer**

Wie stark sind die Gelenkschmerzen auf einer Skala von 0-10?

keine Schmerzen **unerträgliche Schmerzen**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Haben/hatten Sie **geschwollene Gelenke?** □ nein □ ja **Welche Gelenke?**
…….…….

Können Sie einen **Drehverschluss einer Flasche mit der Hand öffnen?** □ nein □ ja □ fällt mir schwer

---

Wann sind die **Gelenkschmerzen am schlimmsten**?

□ **unter Belastung/Bewegung** □ **morgens** □ **abends** □ **andere**: ……..

Wodurch sind die **Gelenkschmerzen gebessert**?
□ **durch Bewegung** □ **durch Ruhe**
□ **durch Kühlen** □ **durch Wärme**

Sind ihre □ **Hände** oder □ **andere** Gelenke morgens **steif**? □ nein □ ja

Wie lange? □ ein paar Minuten
□ ½ Stunde
□ mehr als 1 Stunde

Wurde bereits eine Behandlung mit **Kortison** durchgeführt? □ nein □ ja

Wann? …….....
Wie hoch war die Dosis? ……
□ mit **deutlicher Besserung** der Beschwerden
□ **ohne** deutliche Besserung der Beschwerden

Haben/hatten Sie **Schmerzen der Wirbelsäule/ am Rücken oder Gesäßbereich**) □ nein □ ja

Seit wann? …….. Wo?
□ Halswirbelsäule/Nacken
□ Brustwirbelsäule
□ Lendenwirbelsäule
□ Gesäßbereich
□ einseitig □ beidseitig □ wechselnd
□ ich hatte schon mal **Bandscheibenvorfälle**
□ ich wurde schon an der Wirbelsäule **operiert**

Wie stark sind die **Rückenschmerzen** auf eine Skala von 0-10?
keine Schmerzen **unerträgliche Schmerzen**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wann/wobei **treten die Rücken-/ Gesäßschmerzen auf**?

□ Heben □ Liegen □ morgens/Aufstehen nach langem Liegen
□ Bücken □ Gehen □ abends
□ Sitzen □ Stehen □ nachts

Ist Ihr Rücken/Kreuz morgens **steif**? □ nein □ ja

Wie lange? □ ein paar Minuten
□ 1/2 Stunde
□ mehr als 1 Stunde

Wodurch sind die **Rückenschmerzen gebessert**?
□ **durch Bewegung** □ **durch Ruhe** □ **durch Kühlen** □ **durch Wärme**

Besserung der Schmerzen **durch Schmerzmittel**?	□ nein □ ja	□ Ibuprofen, wann?..... □ Voltaren® (Diclofenac), wann?..... □ Arcoxia® (Etoricoxib), wann?..... □ Celebrex® (Celecoxib), wann?..... □ Andere: ……...
Haben/hatten Sie **Fersenschmerzen**?	□ nein □ ja	
Haben/hatten Sie **Entzündung an den Augen**?	□ nein □ ja	□ rotes Auge □ rechts □ links □ Blendungsschmerz bei Schauen ins Licht □ Sehen von schwarzen Punkten/Schlieren/ Nebel □ Uveitis ärztlich bestätigt
Haben/hatten Sie **eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung**?	□ nein □ ja	**Morbus Crohn**, seit wann? ……... **Colitis ulcerosa**, seit wann? ……..
Hatten Sie schon einmal eine **Darmspiegelung**?	□ nein □ ja	**Wann**?..... **Warum**? □ Krebsvorsorgeuntersuchung □ Sonstige…….....
Ging den Gelenk-/Rückenschmerzen ein □ **Magen-Darm-** oder □ **Harnwegs-Infekt** voraus?	□ nein □ ja	**Wann**? .....
Haben Sie **mehr als drei Infekte** jährlich?	□ nein □ ja	**Seit wann?**..... **Wie oft pro Jahr?**..... **Welche Infekte?**..... □ harmlose Infekte (Erkältungen, grippale Infekte) □ schwere Infekte mit Krankenhausbehandlung □ Antibiotikaeinnahme erforderlich □ bestätigte echte Grippe (**Influenza**) □ bestätigte Lungenentzündung (**Pneumonie**) □ wiederholte **Nasen-Nebenhöhlenentzündungen** □ wiederholte **Mittelohrentzündungen**

Hatten Sie **Zeckenbisse**? („Wanderröte“)	□ nein □ ja	**Wann**?..... □ mit kreisförmigem Ausschlag □ es wurde eine **Borreliose** diagnostiziert □ es erfolgte eine Behandlung mit Antibiotika
Haben/hatten Sie **Hautveränderungen**?	□ nein □ ja	□ **Auftreten nach Aufenthalt in der Sonne** □ flächige Rötungen, wo?..... □ Ausschlag über Stirn und Wangen □ Flecken, wo?..... □ Pusteln, wo?..... □ schmerzhafte Knoten, wo?..... □ offene Wunden, wo? ..... □ Quaddeln, wo?.....
Haben/hatten Sie eine **Schuppenflechte (Psoriasis)?**	□ nein □ ja	**Seit wann**?..... □ von einem Hautarzt bestätigt/diagnostiziert
Gib es **Familienangehörige** (Groß-)Eltern, Geschwister, Kinder) mit **Psoriasis**?	□ nein □ ja	**Wer?**.....
Haben/hatten Sie schweren **Haarausfall?**	□ nein □ ja	**Wann**?..... □ herdförmig (kreisrund) □ diffus (am ganzen Kopf)
Haben Sie ständig **trockene Augen**?	□ nein □ ja	□ seit **mehr als 3 Monaten** ausgeprägt **täglich** □ Gefühl von **Sandkörnern** in den Augen □ häufig tränende Augen □ mehr als 3-mal täglich **Tränenersatz/Tropfen** □ viel Bildschirmarbeit
Haben Sie ständig einen **trockenen Mund**?	□ nein □ ja	□ seit **mehr als 3 Monaten** ausgeprägt **täglich** □ nächtliches Aufwachen und Trinken □ Nachtrinken um trockene Speisen zu schlucken

□ Speicheldrüsenschwellung

Haben Sie ein **Engerwerden der Mundöffnung** bemerkt? □ nein □ ja **Seit wann**?.....

Haben Sie häufig **schmerzhafte offene Stellen** (sog. Aphthen) **an den Schleimhäuten** (Mund, Nase, genital)? □ nein □ ja

Wie oft pro Monat?.....
Wie viele?.....
Wo? □ Nase
□ Mund/Wange/Zunge/Rachen
□ Schambereich/vaginal/Penis

Haben Sie □ **Schluckstörungen** und/oder □ **Sodbrennen**? □ nein □ ja

Seit wann?.....
□ ausgeprägt **täglich**

Haben Sie **häufig Kopfschmerzen**? □ nein □ ja

Seit wann?.....
Wie oft pro Woche? .....
Wo? □ Schläfen
□ Hinterkopf
□ einseitig □ beidseitig
□ **Migräne** ist bekannt

Haben/hatten Sie **Muskelschmerzen**? □ nein □ ja

Seit wann?.....
schubweise auftretend
Wo? □ praktisch am ganzen Körper
□ Schultern / Oberarme
□ Hüften / Oberschenkel
□ sonstige…….....

Können Sie Ihre **Arme über die Horizontale (über den Kopf) anheben**? □ nein □ ja □ fällt mir schwer

---

Können Sie **aus der Hocke aufstehen**? □ nein □ ja □ fällt mir schwer

---

Haben Sie häufig □ **Nasenbluten** oder □ **harte/ blutige Krusten/Borken in der Nase**? □ nein □ ja

Seit wann?.....
□ ausgeprägt **täglich**

Haben Sie **ständigen, anhaltenden Husten**? □ nein

Seit wann?.....
□ ja
□ mit **schleimigem** Auswurf
□ mit **blutigem** Auswurf

Haben Sie □ **Atemnot**,
□ **Brustschmerzen** □ nein □ ja
und/oder ein
□ **Engegefühl** in der Brust?

in Ruhe □ **anhaltend** □ **gebessert**
□ nur bei Anstrengung, z.B. Treppensteigen, ab welchem Stockwerk?.....
□ ausgeprägt **täglich**
□ beim **tiefen Einatmen**

Hatten Sie eine □ **Thrombose** (Venenverstopfung) □ nein □ ja
und/oder eine □ **Lungenembolie**?

Wann? ……..……..…….
□ nach Operation/Bettruhe/längerer Reise
□ Ursache nicht geklärt

Werden Ihre Finger/Zehen **bei Kälte** ganz **weiß und evtl. taub**? □ nein □ ja

Seit wann?.....
schon immer (seit der Jugend)
□ gefolgt von **Blau-**, dann **Rotverfärbung** der Finger
□ **offene Wunden** an den Fingerspitzen gehabt

Haben Sie **Schlafstörungen** bzw. einen **nicht erholsamen Schlaf**? □ nein □ ja

□ Einschlafstörungen
□ wache nachts häufig auf □ wegen Schmerzen
□ bin morgens nicht ausgeruht
□ bin tagsüber müde und erschöpft

Haben Sie **häufig Fieber von mehr als 38°C**?
□ nein □ ja

Wie hoch maximal?.....°C
Wie oft pro Monat?.....
Wie viele Tage am Stück?.....
□ auch ohne Infektsymptome
□ mit heftigen Bauchschmerzen
□ es gibt Familienmitglieder mit unklarem Fieber

Haben Sie häufig **Nachtschweiß**?
□ nein □ ja

Wie oft pro Woche?.....
□ **mit** □ **ohne** Wäschewechsel

□ nur bei warmen Außen-/Raumtemperaturen
□ am ganzen Körper
□ nur im Nacken oder Kopfbereich

Haben/hatten Sie einen **schweren Gewichtsverlust**? □ nein □ ja

Wie viel?.....**kg**
In welchem Zeitraum? von…….bis……..
□ mit Appetitverlust
□ gewollte Gewichtsreduktion, z.B. spezielle Diät

Fernreisen (außerhalb Europas)?	□ nein	□ ja	**Wohin/wann**? ……..……..
Haben Sie Kontakt zu **Tieren**?	□ nein	□ ja	**Welche Tiere**?.....
Haben Sie **Allergien oder Unverträglichkeiten** (z.B. gegen Nahrungsmittel, Medikamente)?	□ nein	□ ja	**Welche**?..... □ mit Schnupfen/Augentränen □ mit Hautausschlägen □ (zum Teil) mit Atemnot
Rauchen Sie oder **haben Sie geraucht**?	□ nein	□ ja	**Wie viel Packungen pro Tag**? ..... **Wie lange**? Von……bis……....…..
Trinken Sie **Alkohol**?	□ nein	□ ja	**Wie oft**? □ täglich □ 1 - 2mal wöchentlich □ gelegentlich □ habe/hatte eine Alkoholsucht
Haben Sie **eigene Kinder**?	□ nein	□ ja	**Wie viele**? ..... □ alle gesund □ krank: .....
Hatten Sie **Fehlgeburten**?	□ nein	□ ja	**Wie viele**? ..... **Wann**? ……..... **In welcher Schwangerschaftswoche**?.....
Hatten Sie **Schwangerschafts-komplikationen**?	□ nein	□ ja	□ Frühgeburt, Schwangerschaftswoche?..... □ Gestose..... □ Kaiserschnitt, weshalb?..... □ Andere?.....

Sie sind □ verheiratet □ verwitwet □ ledig □ allein lebend □ geschieden

Geburtsland? □ Deutschland □ anderes: ……..…

Geburtsland der Eltern? □ Deutschland □ anderes: ……..……

Höchster Schulabschluss

□ noch Schüler □ Hauptschulschuss □ Abitur
□ ohne Schulabschluss □ Realschulabschluss □ Hochschulabschluss

Was machen Sie beruflich? .....

□ berentet wg. Erreichen der Altersgrenze seit …….
□ Vorruhestand seit ……
□ vorzeitig berentet wegen Erwerbs-/Berufsunfähigkeit seit ……

Sind Sie schwerbeschädigt (GdB)? □ nein □ ja

Grad der Behinderung .....%
Warum? .....

Sind Sie krankgeschrieben? □ nein □ ja **Seit wann**? .....
Warum? ….....

Wurden **Sie** schon mal **operiert**? □ nein □ ja
z.B. an Herz, Darm, Prostata, Unterleib,
Knochen (-brüche), Gelenke, **Was/wann**? .....
Augen, HNO usw. ….....

Haben/hatten **Sie weitere Erkrankungen**? □ nein □ ja
z.B. an Herz, Blutdruck, Gehirn, Lunge,
Nieren, Magen-Darm, Gelenke, Krebs, **Was/seit wann**?.....
Schilddrüse, Infektionen, Osteoporose, ...
Diabetes usw. .....
.....
.....

Gibt es **bei ihren Eltern, Geschwistern** □ nein □ ja
oder Kindern bestimmte Erkrankungen?
z.B. Rheuma, Psoriasis, Arthrose, **Was genau/bei wem**? …….....
M. Bechterew, Krebs, Herzinfarkt, ……..
Schlaganfall, Tuberkulose .....
…….....

Nehmen Sie Medikamente? □ nein □ ja

Geben Sie Ihre Medikamente mit Dosis (mg, µg) und Einnahmezeitpunkt (z.B. morgens) an:

……
……
……
……
……
……

Lassen Sie sich regelmäßig impfen? □ nein □ ja
z.B. Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten (Pertussis), Kinderlähmung (Polio), Mumps/Masern/Röteln, Gürtelrose, HPV usw.

Gegen was?
□ Grippe (Influenza)
□ Lungenentzündung (Pneumokokken)
□ Hepatitis B
□ Tuberkulose
□ Weitere: ……..

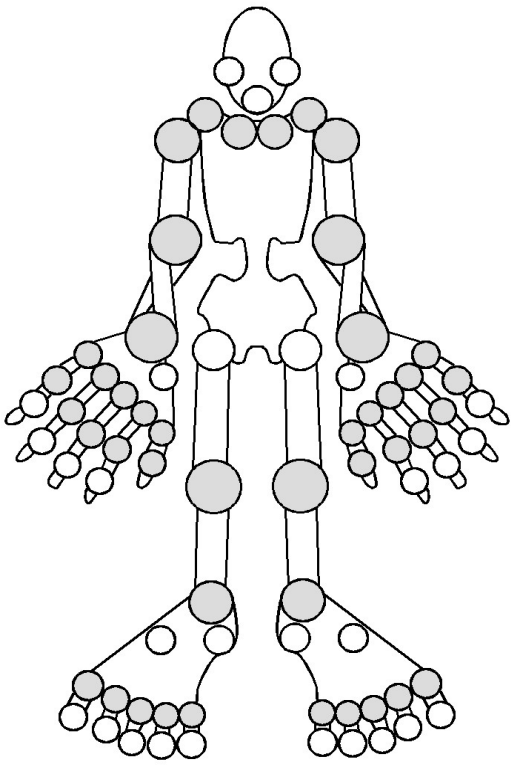
Gehen Sie **regelmäßig zum Zahnarzt**? □ nein □ ja

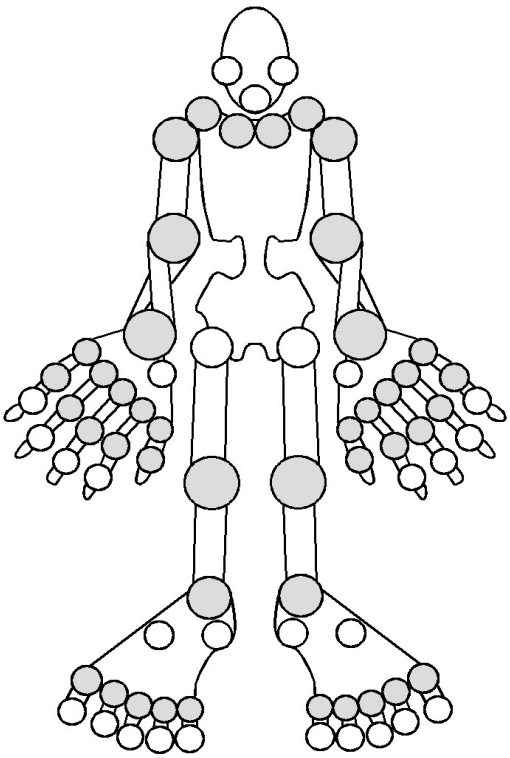
□ inkl. professionelle Zahnreinigung
□ Gebiss ist saniert
□ Sanierung steht

Bitte markieren Sie

hier die **schmerzhaften Gelenke und Körperstellen**

rechte Seite linke Seite



hier die **geschwollenen Gelenke**

rechte Seite linke Seite