

**Schwerpunktpraxis Rheumatologie
und klinische Immunologie**

Dr. med. Kirsten Lütke
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 ist Voraussetzung für die Bearbeitung Ihrer Terminanfrage!

Name, Vorname: geboren am:

Adresse: Telefon:
Email:

Wie groß und wie schwer sind Sie? cm kg

Waren Sie **schon einmal** nein ja einmal, bzw. früher. Wann zuletzt?
beim Rheumatologen? 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 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **unerträgliche Schmerzen**

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 einer Skala von 0-10?

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

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?

- nein ja

Wann?.....
 mit kreisförmigem Ausschlag („Wanderröte“)
 es wurde eine **Borreliose** diagnostiziert
 es erfolgte eine Behandlung mit Antibiotika

Haben/hatten Sie Hautveränderungen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Auftreten nach Aufenthalt in der Sonne <input type="checkbox"/> flächige Rötungen, wo?..... <input type="checkbox"/> Ausschlag über Stirn und Wangen <input type="checkbox"/> Flecken, wo?..... <input type="checkbox"/> Pusteln, wo?..... <input type="checkbox"/> schmerzhafte Knoten, wo?..... <input type="checkbox"/> offene Wunden, wo? <input type="checkbox"/> Quaddeln, wo?.....
Haben/hatten Sie eine Schuppenflechte (Psoriasis) ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Seit wann? <input type="checkbox"/> von einem Hautarzt bestätigt/diagnostiziert
Gib es Familienangehörige (Groß-)Eltern, Geschwister, Kinder) mit Psoriasis ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wer?
Haben/hatten Sie schweren Haarausfall ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wann? <input type="checkbox"/> herdförmig (kreisrund) <input type="checkbox"/> diffus (am ganzen Kopf)
Haben Sie ständig trockene Augen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> seit mehr als 3 Monaten ausgeprägt täglich <input type="checkbox"/> Gefühl von Sandkörnern in den Augen <input type="checkbox"/> häufig tränende Augen <input type="checkbox"/> mehr als 3-mal täglich Tränenersatz/Tropfen <input type="checkbox"/> viel Bildschirmarbeit
Haben Sie ständig einen trockenen Mund ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> seit mehr als 3 Monaten ausgeprägt täglich <input type="checkbox"/> nächtliches Aufwachen und Trinken <input type="checkbox"/> Nachtrinken um trockenen Speisen zu schlucken <input type="checkbox"/> Speicheldrüsenschwellung
Haben Sie ein Engerwerden der Mundöffnung bemerkt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Seit wann?
Haben Sie häufig schmerzhafte offene Stellen (sog. Aphthen) an den Schleimhäuten (Mund, Nase, genital)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wie oft pro Monat? Wie viele? Wo? <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Mund/Wange/Zunge/Rachen <input type="checkbox"/> Schambereich/vaginal/Penis
Haben Sie <input type="checkbox"/> Schluckstörungen und/oder <input type="checkbox"/> Sodbrennen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Seit wann? <input type="checkbox"/> ausgeprägt täglich
Haben Sie häufig Kopfschmerzen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Seit wann? Wie oft pro Woche? Wo? <input type="checkbox"/> Schläfen <input type="checkbox"/> Hinterkopf <input type="checkbox"/> einseitig <input type="checkbox"/> beidseitig <input type="checkbox"/> Migräne ist bekannt
Haben/hatten Sie Muskelschmerzen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Seit wann? schubweise auftretend Wo? <input type="checkbox"/> praktisch am ganzen Körper <input type="checkbox"/> Schultern / Oberarme <input type="checkbox"/> Hüften / Oberschenkel <input type="checkbox"/> sonstige.....
Können Sie Ihre Arme über die Horizontale (über den Kopf) anheben ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> fällt mir schwer

Können Sie aus der Hocke aufstehen ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> fällt mir schwer
Haben Sie häufig <input type="checkbox"/> Nasenbluten oder <input type="checkbox"/> harte/blutige Krusten/Borken in der Nase ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Seit wann? <input type="checkbox"/> ausgeprägt täglich
Haben Sie ständigen, anhaltenden Husten ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Seit wann? <input type="checkbox"/> mit schleimigem Auswurf <input type="checkbox"/> mit blutigem Auswurf
Haben Sie <input type="checkbox"/> Atemnot , <input type="checkbox"/> Brustschmerzen und/oder ein <input type="checkbox"/> Engegefühl in der Brust?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	in Ruhe <input type="checkbox"/> anhaltend <input type="checkbox"/> gebessert <input type="checkbox"/> nur bei Anstrengung, z.B. Treppensteigen, ab welchem Stockwerk?..... <input type="checkbox"/> ausgeprägt täglich <input type="checkbox"/> beim tiefen Einatmen
Hatten Sie eine <input type="checkbox"/> Thrombose (Venenverstopfung) und/oder eine <input type="checkbox"/> Lungenembolie ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wann? <input type="checkbox"/> nach Operation/Bettruhe/längerer Reise <input type="checkbox"/> Ursache nicht geklärt
Werden Ihre Finger/Zehen bei Kälte ganz weiß und evtl. taub ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Seit wann? schon immer (seit der Jugend) <input type="checkbox"/> gefolgt von Blau- , dann Rotverfärbung der Finger <input type="checkbox"/> offene Wunden an den Fingerspitzen gehabt
Haben Sie Schlafstörungen bzw. einen nicht erholsamen Schlaf ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Einschlafstörungen <input type="checkbox"/> wache nachts häufig auf <input type="checkbox"/> wegen Schmerzen <input type="checkbox"/> bin morgens nicht ausgeruht <input type="checkbox"/> bin tagsüber müde und erschöpft
Haben Sie häufig Fieber von mehr als 38°C ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wie hoch maximal?°C Wie oft pro Monat? Wie viele Tage am Stück? <input type="checkbox"/> auch ohne Infektsymptome <input type="checkbox"/> mit heftigen Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> es gibt Familienmitglieder mit unklarem Fieber
Haben Sie häufig Nachtschweiß ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wie oft pro Woche? <input type="checkbox"/> mit <input type="checkbox"/> ohne Wäschewechsel <input type="checkbox"/> nur bei warmen Außen- /Raumtemperaturen <input type="checkbox"/> am ganzen Körper <input type="checkbox"/> nur im Nacken oder Kopfbereich
Haben/hatten Sie einen schweren Gewichtsverlust ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wie viel?kg In welchem Zeitraum? von.....bis..... <input type="checkbox"/> mit Appetitverlust <input type="checkbox"/> gewollte Gewichtsreduktion, z.B. spezielle Diät
Fernreisen (außerhalb Europas)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wohin/wann?
Haben Sie Kontakt zu Tieren ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Welche Tiere?
Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten (z.B. gegen Nahrungsmittel, Medikamente)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Welche? <input type="checkbox"/> mit Schnupfen/Augentränen <input type="checkbox"/> mit Hautausschlägen <input type="checkbox"/> (zum Teil) mit Atemnot

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? nein ja **Wie viel Packungen pro Tag?**.....
Wie lange? Von.....bis.....
 rauche weiterhin

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 Hauptschulabschluss 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?
z.B. an Herz, Darm, Prostata, Unterleib, Knochen nein ja **Was/wann?**.....
(-brüche), Gelenke, Augen, HNO usw.

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

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

Nehmen Sie Medikamente?

nein ja

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

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

Lassen Sie sich regelmäßig impfen?

z.B. Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten (Pertussis), Kinderlähmung (Polio), Mumps/Masern/Röteln, Gürtelrose, HPV usw.

nein ja

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

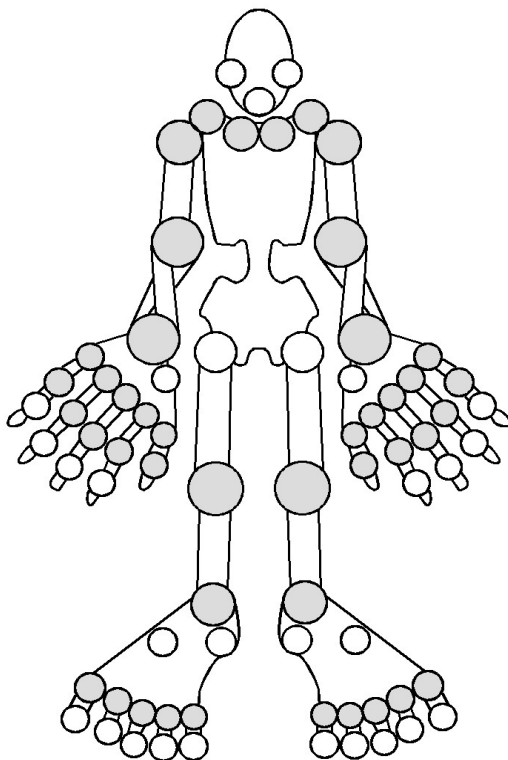
Bitte markieren Sie

hier die schmerzhaften Gelenke und Körperstellen

hier die geschwollenen Gelenke

rechte Seite

linke Seite



rechte Seite

linke Seite

