

**Schwerpunktpraxis Rheumatologie
und klinische Immunologie**

Dr. med. Kirsten Lütke
Dr. med. Susanne Neumann
Ihre
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.

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!

Wenn Sie bereits einen Termin haben, bringen Sie bitte zu Ihrem Vorstellungstermin alle relevanten Befunde - Vorbefunde von Labor, bildgebende Befunde (CD und schriftliche Befunde), Krankenhausentlassungsberichte etc. -, einen vollständigen Medikamentenplan und die Überweisung mit.

Name, Vorname: **geboren am:**

Adresse: **Telefon:**

..... **ggf. Email:**

Hausarzt:

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

Was sind Ihre **aktuellen Beschwerden?** Seit wann bestehen die Beschwerden?
.....
.....
.....
.....
.....

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

Wann/wobei **treten die Rücken-/** Heben Liegen morgens/Aufstehen nach
Gesäßschmerzen auf? 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 nein ja Ibuprofen, wann?.....
durch Schmerzmittel? nein ja 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-** nein ja **Morbus Crohn, seit wann?**
entzündliche Darmerkrankung? **Colitis ulcerosa, seit wann?**

Hatten Sie schon einmal eine **Darmspiegelung?** nein ja **Wann?.....**
Warum?
 Krebsvorsorgeuntersuchung
 Sonstige.....

Ging den Gelenk-/Rückenschmerzen ein **Wann?**
 Magen-Darm- oder
 Harnwegs-Infekt voraus? nein ja

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) nein ja **an den Schleimhäuten** (Mund, Nase, genital)?

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 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

Haben Sie Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen oder wurden folgende Untersuchungen bei Ihnen durchgeführt?

Darmspiegelung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wenn ja, wann _____
Magenspiegelung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wenn ja, wann _____
Ultraschall Bauch	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wenn ja, wann _____
Röntgen Lunge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wenn ja, wann _____
Urologe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wenn ja, wann _____

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

Treiben Sie Sport? ja nein
Wenn ja, welchen?

Wurden **Sie** schon mal **operiert**? nein ja
z.B. an Herz, Darm, Prostata, Unterleib,
Knochen, Gelenke, Augen, HNO usw.

Was/wann?

Hatten Sie Unfälle/mit **Knochenbrüchen**? nein ja

Was/wann?.....

Vorerkrankungen?

- | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------|
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> weiß nicht | |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> weiß nicht | |
| Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> weiß nicht | |
| Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> weiß nicht | |
| Magenerkrankung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> weiß nicht | wenn ja, welche _____ |
| Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> weiß nicht | wenn ja, welche _____ |
| Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> weiß nicht | wenn ja, welche _____ |
| Hautkrankheit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> weiß nicht | wenn ja, welche _____ |
| Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> weiß nicht | |
| Harnsäurestoffwechselstörung (Gicht) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> weiß nicht | |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> weiß nicht | |
| Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> weiß nicht | wenn ja, welche _____ |
| Leberentzündung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> weiß nicht | wenn ja, welche _____ |
| Asthma | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> weiß nicht | |
| Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> weiß nicht | wenn ja, welche _____ |
| Psychische Erkrankung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> weiß nicht | wenn ja, welche _____ |
| Anfallsleiden | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> weiß nicht | |
| Krebsleiden | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> weiß nicht | wenn ja, welche _____ |
| Migräne | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> weiß nicht | |
| Krampfadern | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> weiß nicht | |
| Thrombose, Venenleiden | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> weiß nicht | |
| Gallensteine | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> weiß nicht | |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> weiß nicht | |

Hatten Sie Krankheiten, nach denen wir noch nicht gefragt haben, wenn ja welche?

.....
.....

Gibt es **bei ihren Eltern, Geschwistern
oder Kindern** bestimmte Erkrankungen? nein ja

z.B. Rheuma, Psoriasis, Arthrose,
M. Bechterew, Krebs, Herzinfarkt,
Schlaganfall, Tuberkulose

Was genau/bei wem?

.....

.....

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**

hier die **geschwollenen Gelenke**

rechte Seite

linke Seite

rechte Seite

linke Seite

