

**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!**

**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**





---

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  
(„Wanderröte“)

**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

---

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

Darmspiegelung

nein  ja

wenn ja, wann \_\_\_\_\_

Magenspiegelung

nein  ja

wenn ja, wann \_\_\_\_\_

Ultraschall Bauch

nein  ja

wenn ja, wann \_\_\_\_\_

Röntgen Lunge

nein  ja

wenn ja, wann \_\_\_\_\_

Urologe

nein  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? .....

---

**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**?  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**  nein  ja  
**oder Kindern** bestimmte Erkrankungen?  
 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
- Covid-19
- 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

