

Allgem. Patienten-Rheumafragebogen: Zutreffendes bitte ankreuzen und / oder ausfüllen:

Name: _____

Vorname: _____

➤ Leiden Sie unter Gelenkschmerzen? ja nein

➤ Welche Gelenke oder welche Regionen sind besonders schmerzhaft: _____

➤ Schmerzstärke der letzten 4 Wochen (0=keine, 10=unterträgliche Schmerzen)? Bitte ankreuzen:

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

➤ Beginn der Schmerzen: vor _____ Wochen.

vor _____ Monaten

vor _____ Jahren

➤ allmählicher Schmerzbeginn? ja nein

➤ schneller Schmerzbeginn? ja nein

➤ Schmerzen länger als 6 Wochen anhaltend? ja nein

➤ Schmerzen in Ruhe (z.B. morgens)? ja nein

➤ nächtliches Erwachen durch die Schmerzen? ja nein

➤ Schmerzen bei Belastung (Laufen, Gehen, Bücken, Heben)? ja nein

➤ Morgensteifigkeit von mehr als 30 Minuten? ja nein

➤ Linderung der Schmerzen durch Bewegung? ja nein

➤ Linderung der Schmerzen durch Ruhe (z.B. nach Hinlegen)? ja nein

➤ Schmerzausstrahlung? ja nein

Wenn ja, von wo ausgehend und wohin ausstrahlend: _____

➤ Linderung durch entzündungshemmende Medikamente? ja nein

Welche Medikamente haben Ihnen geholfen? _____

➤ Haben oder hatten Sie Fieber (Temperaturen über 38 Grad Celsius)? ja nein

➤ Haben oder hatten Sie Nachtschweiss? ja nein

➤ Haben Sie an Gewicht abgenommen? ja nein

Wenn ja, wie viel: ___ Kilogramm in _____ Wochen

➤ erhöhte Entzündungsparameter (CRP, Blutsenkungs-Beschleunigung)? ja nein

➤ ist das HLA B27 bei Ihnen positiv getestet? ja nein

➤ ist der Rheumafaktor bei Ihnen positiv getestet? ja nein

➤ Antikörper gegen cyclisches citrulliniertes Peptid (CCP-AK) positiv? ja nein

➤ Antinukleäre Antikörper (ANA) positiv? ja nein

➤ Sind Röntgenveränderungen der betroffenen Regionen bekannt? ja nein

Wann und wo wurden Röntgenuntersuchungen durchgeführt? _____

➤ Sind computertomographische Veränderungen bekannt? ja nein

Wann und wo wurden solche Untersuchungen durchgeführt? _____

➤ Sind kernspintomographische Veränderungen bekannt? ja nein

Wann und wo wurden solche Untersuchungen durchgeführt? _____

Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

- Arthrose? ja nein
Wenn ja, in welchen Regionen? _____

- Wenn ja, wurden bereits Operationen durchgeführt? ja nein
- Wenn ja, haben Sie künstliche Gelenke bzw. Endoprothesen? ja nein
- Gicht? ja nein
Wenn ja, in welchen Regionen? _____

- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)? ja nein
Wenn ja, ist ein sog. diabetischer Fuss bei Ihnen bekannt? ja nein
- Rheumatoide Arthritis bzw. Primär Chronische Polyarthritis? ja nein
- Sklerodermie? ja nein
- Lupus erythematoses? ja nein
- Sjögren-Syndrom (Syndrom der trockenen Augen/des trockenen Mundes)? ja nein
- Polymyositis und/oder Dermatomyositis? ja nein
- Morbus Bechterew? ja nein
- Schuppenflechte (Psoriasis)? ja nein
- Psoriasis-Arthritis? ja nein
- Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa? ja nein
- Litten Sie unter urogenitalen Infektionen (Nieren, Blase, Harnwege)? ja nein
- Litten Sie unter schweren gastrointestinalen Infektionen? ja nein
- Litten Sie unter entzündlichen Augenerkrankungen (Uveitis, Iritis)? ja nein

- **Liegt bei Ihnen eine familiäre „Rheuma-Belastung“ vor?** ja nein
Wenn ja, bei wem (bitte unterstreichen)?
Mutter – Vater – Großmutter – Großvater – Schwester – Bruder – Tochter – Sohn – Tante – Onkel
Wenn ja, welche?

Rheumatoide Arthritis?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Psoriasis-Arthritis?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sklerodermie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lupus erythematoses?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sjögren-Syndrom?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Morbus Bechterew?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schuppenflechte?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Regenbogenhautentzündung (Uveitis)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Reaktive Arthritis (z.B. Morbus Reiter)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
andere: _____		

Bei Frauen:

- Haben Sie Kinder geboren? ja nein
- Wenn ja, wie viele? 1 2 3 4 5
- Litten Sie nach den Entbindungen unter Schmerzen im Beckengürtel? ja nein
- Wurde eine Schambein- bzw. Symphysen-Sprengung festgestellt? ja nein

- Welche wichtigen Informationen zu Ihrer Erkrankung bzw. Ihren Beschwerden können Sie uns noch geben?

