

Name, Vorname Patient	Geb.- Datum:
-----------------------	--------------

Rheumafragebogen für den Patienten

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Hatten oder haben Sie Gelenkschmerzen?
Wenn ja, welche Gelenke? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Haben oder hatten Sie Gelenkschwellungen?
Wenn ja, welche Gelenke? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Haben oder hatten Sie Muskelschmerzen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4. Haben oder hatte Sie Muskelschwäche?
Wenn ja, welche Muskeln? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 5. Werden oder wurden Ihre Finger oder Zehen bei Kälte weißlich oder bläulich? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 6. Haben Sie trockene Augen oder einen trockenen Mund? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 7. Haben oder hatten Sie ohne Grund offene Stellen im Mund? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 8. Haben oder hatten Sie eine Sonnenallergie? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 9. Haben oder hatten Sie Missempfindungen, wie Kribbeln oder Taubheit? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 10. Wird oder wurde Ihre Haut härter? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 11. Haben oder hatten Sie oder Familienangehörige eine Schuppenflechte? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 12. Sind Ihnen andere Hautveränderungen aufgefallen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 13. Haben oder hatten Sie tiefsitzende Rückenschmerzen?
Wenn ja, wachen oder wachten Sie wegen dieser Schmerzen nachts auf?
Werden oder wurden diese Schmerzen durch Bewegung besser? | <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Nein |
| 14. Haben oder hatten Sie Achillessehenschmerzen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 15. Haben oder hatten Sie Augenentzündungen, Z.B. der Regenbogenhaut? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 16. Haben oder hatten Sie eine chronisch- entzündliche Darmerkrankung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 17. Haben oder hatten Sie kürzlich Durchfall oder Brennen Wasser lassen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 18. Haben oder hatten Sie blutig- borkigen Schnupfen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 19. Haben oder hatten Sie chronische Nasennebenhöhlenentzündungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 20. Haben oder hatten Sie ein Bronchialasthma? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 21. Haben Sie neu aufgetretene Kopfschmerzen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 22. Haben Sie neu aufgetretene Kauschmerzen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 23. Hatten Sie kürzlich Fieber oder tritt immer wieder Fieber auf? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 24. Ist oder war Ihre Harnsäure zu hoch? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 25. Können Sie sich an einen Zeckenbiss erinnern? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 26. Haben oder hatten Sie eine Herzerkrankung?
Wenn ja, welche?..... | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 27. Haben oder hatten Sie einen hohen Blutdruck? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 28. Haben oder hatten Sie einen hohen Blutzucker? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 29. Haben oder hatten Sie hohe Blutfette? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

- | | | |
|---|--|--|
| 30. Haben oder hatten Sie Lungenerkrankungen?
Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Nein |
| 31. Haben oder hatten Sie Nierenerkrankungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 32. Haben oder hatten Sie Magenerkrankungen?
Magengeschwüre? | <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Nein |
| 33. Haben oder hatten Sie Lebererkrankungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 34. Haben oder hatten Sie Augenerkrankungen (grüner/ grauer Star)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 35. Haben oder hatten Sie Krebs?
Wenn ja, welchen?..... | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 36. Haben Sie andere Erkrankungen?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 37. Hatten Sie Operationen?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 38. Nehmen Sie Medikamente ein?
Welche?.....
.....
.....
..... | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 39. Haben oder hatten Sie Allergien?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 40. Hatten Sie Knochenbrüche?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 41. Gibt es rheumatische Erkrankungen in Ihrer Familie?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 42. Stürzen oder stolpern Sie häufig? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 43. Sind Sie mit regelmäßigen Berichten an Ihren Hausarzt einverstanden? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 44. Größe: Gewicht: | | |

Besten Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben. Durch Ihre Mithilfe verbessern Sie unsere Abläufe und wir können Ihnen schnellstmögliche Hilfe bieten.

Datum, Unterschrift: