

Fragebogen Erstvorstellung

Rheumatologische Praxisgemeinschaft Pirna

Bitte füllen sie diesen Fragebogen möglichst vollständig aus.

Allgemeines

Name: _____

Telefonnummer: _____

E-mail: _____

Hausarzt: _____

weitere Ärzte: _____

Symptomatik

Beschreiben sie kurz ihre aktuellen Beschwerden (Was? Wo? Seit wann?)

Haben sie Gelenkschmerzen?

Ja Nein

Wie ist der Charakter ihrer Gelenkschmerzen? Wählen Sie höchstens 4 Optionen aus.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> am Morgen bereits bestehend | <input type="checkbox"/> Plötzlich begonnen |
| <input type="checkbox"/> im Tagesverlauf zunehmend | <input type="checkbox"/> schleichend zunehmend |
| <input type="checkbox"/> nachts auftretend | <input type="checkbox"/> schubweise auftretend |
| <input type="checkbox"/> Dauerschmerz | <input type="checkbox"/> Besserung durch Ruhe |
| | <input type="checkbox"/> Besserung durch Bewegung |

Wie stark sind ihre Gelenkschmerzen auf einer Skala von 0 (keine) bis 10 (stärkste)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hatten oder haben sie geschwollene Gelenke?

Ja Nein

Welche Gelenke waren geschwollen?

Können sie morgens eine Faust machen?

Ja Nein

Können sie ihre Arme über ihren Kopf heben?

Ja Nein

Was haben sie bislang gegen die Schmerzen unternommen (zB Wärme, Kälte, Schmerzmittel, Prednisolon)?

Hatten oder haben sie Augenentzündungen (zB rotes Auge, Schmerz, Schleier, ärztl. diagnostizierte Augenerkrankung)? _____

Hatten oder haben sie Hautveränderungen (z.B. flächige Rötung, Schuppung, offene Wunde, Knoten; ärztl. diagnostizierte Hauterkrankung)?

Ist eine Schuppenflechte (Psoriasis) bei Ihnen oder in ihrer Familie bekannt?

Ja, bei mir Ja, in der Familie Nein

Hatten sie einen Zeckenbiss? Trat eine Rötung >5cm auf? Erhielten sie in diesem Zusammenhang ein Antibiotikum? _____

Haben sie anhaltend trockene Augen und/ oder einen trockenen Mund mit ständigem Bedürfnis nach Befeuchtung? _____

Haben sie Schluckstörungen oder Sodbrennen? _____

Haben sie regelmäßig Luftnot?

Nein ja, bei schwerer Belastung ja, bei leichter Belastung ja, in Ruhe

Haben sie ständig Husten?

Nein ja, ohne Auswurf ja, mit schleimigem oder blutigem Auswurf

Hatten sie eine Thrombose oder Lungenembolie? Wann? Ist eine Ursache bekannt?

Nein ja _____

Werden ihre Finger / Zehen bei Kälte weiß oder blau?

Ja Nein

Haben sie unabhängig von Infekten Fieber >38°C?

Ja Nein

Haben sie regelmäßig Nachtschweiß, sodass sie die Bett- oder Nachtwäsche wechseln müssen? Ja Nein

Hatten sie im letzten Jahr ungewollten Gewichtsverlust?

Ja Wieviel? _____ Nein

Vorerkrankungen und Risikofaktoren

Welche dieser Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> koronare Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Magenentzündung / Magengeschwür | <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale / COPD |
| <input type="checkbox"/> Divertikulose, Divertikulitis | <input type="checkbox"/> Morbus Crohn |
| <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV) | |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | _____ |
| <input type="checkbox"/> sonstige | _____ |

Sind Allergien gegen zB Hühnereiweiß, Nahrungsmittel, Medikamente (Antibiotika, Metamizol/ Novaminsulfon, Kontrastmittel, etc.) bekannt?

Hatten sie Knochenbrüche? Welcher Knochen? Wann?

Wurden sie bereits operiert? Falls ja, bitte angeben was und wann.

Rauchen sie oder haben sie geraucht? Von ... bis...? Menge pro Tag?

Trinken sie Alkohol?

- nie selten gelegentlich täglich

Machen sie regelmäßig Sport? _____

Soziales

Ihr Familienstand ist:

- ledig verheiratet in Partnerschaft lebend alleinlebend
 verwitwet sonstiges: _____

Haben sie eigene Kinder? In welchen Jahren sind ihre Kinder geboren?

Ihre berufliche Situation ist:

- arbeitstätig Studium Schule/ Ausbildung arbeitssuchend
 Altersrente Rente wegen Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit
 sonstiges: _____

Welchen Beruf üben sie aus bzw. haben sie ausgeübt?

Haben sie einen Grad der Behinderung? Wenn ja: %? Grund?

Haben sie einen Pflegegrad? Wenn ja: welche Höhe?

Sind sie aktuell krankgeschrieben? Wenn ja: Seit Wann?

Waren sie jemals zu einer Rehabilitation? Wenn ja: Wann - Wo - Warum?

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Bitte bringen sie zu ihrem Termin mit:

aktueller und kompletter Medikationsplan als Ausdruck vom Hausarzt

Impfausweis

Chipkarte

ggf. Zuzahlungsbefreiung