
Erhebungsdatum

1. Patient/in

Vorname, Name

Geburtsdatum

Größe in cm

Gewicht in kg

Beruf

Familienstand

Kinder

Schwerbehinderung

Pflegegrad

Rauchen Sie? (Wenn ja, seit wann und wie viel?)

Nein Ja _____

Trinken Sie Alkohol? (Wenn ja, wie oft?)

Nein Ja _____

Haben Sie Allergien? (Wenn ja, welche?)

Nein Ja _____

2. Periphere Gelenke

In welchen Gelenken haben Sie Schmerzen?

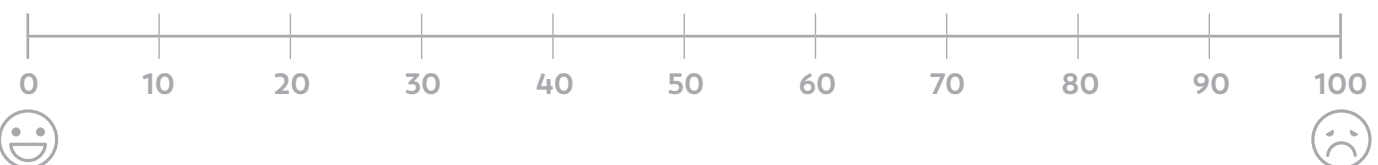
Handgelenk Fingergelenke Ellenbogen Schultergelenk Zehngelenke

Sprunggelenk Kniegelenk Hüftgelenk Keine

Seit wann haben Sie diese Schmerzen?

Wie stark sind die Schmerzen in den peripheren Gelenken auf einer Skala 0 - 100

(0 keine Schmerzen, 100 Schmerzen nicht mehr auszuhalten, Bitte markieren Sie den entsprechenden Wert mit einem Strich)



Wann treten die Schmerzen auf?

dauernd in Ruhe bei Belastung nach Belastung
 tagsüber nachts Fröhrgen bei bestimmten Bewegungen

Bessern sich die Schmerzen?

- Bei Bewegung in Ruhe Nach kurzer Anlaufzeit

Besteht eine morgendliche Steifigkeit? (Wenn ja, wie lange? Angabe bitte in Minuten oder Stunden)

- Nein Ja _____

Welche Gelenke waren angeschwollen?

- Handgelenk Fingergelenke Ellenbogen Schultergelenk Zehengelenke
 Sprunggelenk Kniegelenk Hüftgelenk Keine

War schon mal ein ganzer Finger oder Zeh geschwollen? (Wenn ja, wann)

- Nein Ja _____

Welche Maßnahmen lindern die Beschwerden?

- Wärme Kälte Massagen Bewegung Ruhe

Wurden Sie schon einmal von einer Zecke gebissen? (Wenn ja, wann?)

- Nein Ja _____

Zeckenbiss: Traten Symptome auf? (Wenn ja, welche?)

- Nein Ja _____

Zeckenbiss: Wurden die Symptome behandelt? (Wenn ja, wie?)

- Nein Ja _____

3. Wirbelsäule

Leiden Sie unter Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule?

- Nein Ja ohne Ausstrahlung mit Ausstrahlung in die Arme, welcher Arm _____

Seit wann haben Sie diese Schmerzen?

Leiden Sie unter Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule?

- Nein Ja ohne Ausstrahlung mit Ausstrahlung in die Beine, welches Bein _____

Seit wann haben Sie diese Schmerzen?

Leiden Sie unter Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule?

- Nein Ja

Seit wann haben Sie diese Schmerzen?

Leiden Sie unter Schmerzen im Kreuzbein?

Nein Ja

Seit wann haben Sie diese Schmerzen?

Wie stark sind die Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule auf einer Skala 0 - 100

(0 keine Schmerzen, 100 Schmerzen nicht mehr auszuhalten, Bitte markieren Sie den entsprechenden Wert mit einem Strich)



Wann treten die Schmerzen auf?

dauernd in Ruhe bei Belastung nach Belastung
 tagsüber nachts Fröhnmorgen bei bestimmten Bewegungen

Wie bessern sich die Rückenschmerzen?

in Bewegung in Ruhe

Ist die Wirbelsäulenbeweglichkeit eingeschränkt geworden?

Nein Ja

Besteht eine morgendliche Steifigkeit? (Wenn ja, wie lange? Angabe bitte in Minuten oder Stunden)

Nein Ja _____

Welche Maßnahmen lindern die Beschwerden?

Wärme Kälte Massagen Bewegung Ruhe

Sind Sie kleiner geworden? (Wenn ja, um wie viel Zentimeter?)

Nein Ja _____

Haben Sie eine Bandscheibenoperation?

Nein Ja

Haben Sie eine Osteoporose? (Wenn ja, wie lange?)

Nein Ja _____

Haben Sie sich in den letzten 10 Jahren einen Knochen gebrochen? (Wenn ja, welcher und wie?)

Nein Ja _____

Nehmen Sie zurzeit irgendwelche Schmerzmittel? (Wenn ja, welche und wie oft?)

Nein Ja _____

4. Krankheitsbilder

Haben oder hatten Sie folgende Symptome oder Erkrankungen? (Zutreffendes bitte ankreuzen, sowie Häufigkeit, Intensität, Zeitpunkt und eventuell den betroffenen Bereich angeben)

Symptom	Häufigkeit	Intensität	Zeitpunkt
<input type="checkbox"/> Fieber	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Gewichtsverlust	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Müdigkeit	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Durchfall	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Verstopfung	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Blut im Stuhl	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Brennen beim Wasserlassen	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Mundtrockenheit	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Schluckstörungen	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Magengeschwüre	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Luftnot	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ein- oder Durchschlafstörungen	_____	_____	_____

Symptom	Häufigkeit	Intensität	Zeitpunkt	Betroffener Bereich
<input type="checkbox"/> Ungewöhnlicher Haarausfall	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit der Haut	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Hautausschläge	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Regenbogenhautentzündung	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Schuppenflechte	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Gichtanfall	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Nagelveränderungen	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> geschwollene Beine	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Augentrockenheit	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sehstörungen	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Neu aufgetretene Kopfschmerzen	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Schmerzen beim Kauen	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Aphthen (kleine schmerzhaft Stellen im Mund)	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Raynaud-Phänomen (Weißwerden der Finger oder Zehen bei Kälte)	_____	_____	_____	_____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

(Zutreffendes bitte ankreuzen und gegebenenfalls ausfüllen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Depressionen |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankung | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Nervenkrankheit (Lähmung oder Taubheit) |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Thrombosen |
| <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Vitamin-B12-Mangel |
| <input type="checkbox"/> Epileptische Anfälle | <input type="checkbox"/> Vitamin-D-Mangel |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung (Wenn ja, welche?) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung (Wenn ja, wo?) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung (Wenn ja, welche?) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Morbus Crohn (Wenn ja, wann festgestellt?) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa (Wenn ja, wann festgestellt?) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Grüner Star (Wenn ja, welche Seite?) | _____ |

5. Medikation

Haben Sie schon mal Chemotherapie bekommen? (Wenn ja, wann und warum?)

- Nein Ja _____

Sind Sie schon mal operiert worden? (Wenn ja, welche Operationen?)

- Nein Ja _____
- _____
- _____

Haben Sie Gelenkprothese oder Implantate im Körper? (Wenn ja, welche?)

- Nein Ja _____

Sind irgendwelche Rheumaerkrankungen in Ihrer Familie bekannt? (Wenn ja, bei wem?)

- Nein Ja _____
- _____

Nehmen Sie zurzeit irgendwelche Medikamente ein?

Medikament	Dosis in mg	Zeitpunkt der Einnahme

Nehmen Sie oder haben Sie eines der folgenden Rheumamedikamente eingenommen?

Nein Ja, bitte die nachfolgende Tabelle ausfüllen

Medikament	Dosis	Wie lange oder seit wann?	Wann und warum beendet?
<input type="checkbox"/> MTX oder Lantarel			
<input type="checkbox"/> Sulfasalazin			
<input type="checkbox"/> Hydroxychloroquin oder Quensyl			
<input type="checkbox"/> Leflunomid oder Arava			
<input type="checkbox"/> Apremilast oder Otezla			
<input type="checkbox"/> Chloroquin oder Resochin			
<input type="checkbox"/> MMF oder Cellcept			
<input type="checkbox"/> Cyclosporin oder Sandimmun			
<input type="checkbox"/> Azathioprin oder Imurek			
<input type="checkbox"/> Cyclophosphamid oder Endoxan			
<input type="checkbox"/> Enbrel oder Benepali			
<input type="checkbox"/> Adalimumab oder Humira			
<input type="checkbox"/> Infliximab oder Remicade			
<input type="checkbox"/> Certolizumab oder Cimzia			
<input type="checkbox"/> Golimumab oder Simponi			
<input type="checkbox"/> Tocilizumab oder Roactemra			
<input type="checkbox"/> Secukinumab oder Cosentyx			

Medikament	Dosis	Wie lange oder seit wann?	Wann und warum beendet?
<input type="checkbox"/> Rituximab oder Mabthera	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Abatacept oder Orencia	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ixekizumab oder Taltz	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Guselkumab oder Tremfya	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Canakinumab oder Ilaris	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Anakinra oder Kineret	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Baricitinib oder Olumiant	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Tofacitinib oder Xeljanz	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Upadacitinib oder Rinvoq	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Filgotinib oder Jyseleca	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sonstige	_____	_____	_____

Unterschrift Patient

Datum