

Rheumatologische Anamnesebögen

(Genaue Angaben erleichtern uns die Diagnosestellung und die Therapieentscheidung)

Name des Patienten:

Erhebungsdatum:

Geburtsdatum:

Gewicht: kg

Größe: cm

Beruf:

Familienstand: Verheiratet Ledig geschieden Partnerschaft

Schwerbehinderung: Ja Nein (wenn Ja, wie viel):

Telefon- oder Handynummer:

Hausarzt:

Anschrift:

Hauptbeschwerde:

Gelenkschmerzen: Ja Nein

- Wenn Ja, in welchen Gelenken ?:
- Schwellen diese Gelenke an ?:
- Seit wann leiden Sie unter diesen Beschwerden ?:
- Haben Sie Morgensteifigkeit oder Gelenksteifigkeit nach langer Ruhe in diesen Gelenken (Morgensteifigkeit: Die Zeit, die Sie morgens brauchen bis Sie den bestmöglichen Gang erreichen): Ja Nein

Wenn Ja, wie lange dauert diese Steifigkeit in Minuten oder Stunden?:

Rückenschmerzen: Ja Nein

- Wenn Ja, wo sind die Schmerzen ?:
 Halswirbelsäule Brustwirbelsäule Lendenwirbelsäule
oder im gesamten Rücken
- Seit wann leiden Sie unter diesen Schmerzen ?:
- Bessern sich die Schmerzen bei Bewegung ?: Ja Nein
- Treten die Rückenschmerzen nachts auf ?: Ja Nein

- Sprechen die Rückenschmerzen auf Schmerzmittel (wie Ibuprofen, Diclofenac oder Voltaren) gut an?: Ja Nein

- Sind Bandscheibenvorfälle bekannt?: Ja Nein

Wenn Ja, wo?:

Ganzkörperschmerzen: Ja Nein

Wenn Ja, seit wie wann (bitte genaue Zeitangabe)?:

Leiden Sie oder haben Sie gelitten unter irgendwelcher der folgenden Beschwerden:

- Raynaud-Phänomen (Blasswerden der Finger und/oder Zehen bei Kälte gefolgt von Blauwerden und Rötwerden): Ja Nein
- Schmerzen in den Achillessehnen: Ja Nein
- Regenbogenhautentzündung: Ja Nein
- Tägliche Augen- und/oder Mundtrockenheit (länger als 3 Monate): Ja Nein
- Orale Aphthen (kleine weiße schmerzhaft Stellen an der Mundschleimhaut):
 Ja Nein
- Neu aufgetretene Kopfschmerzen: Ja Nein
- Wurstfinger oder Wurstzehe: Ja Nein
wenn Ja, welche:
- Depression: Ja Nein
- Verstärkte Müdigkeit: Ja Nein
- Fieber: Ja Nein
- Gewichtsverlust: Ja Nein
- Durchfälle: Ja Nein

Sind irgendwelche der folgenden Erkrankungen bei Ihnen oder in Ihrer Familie (Vater, Mutter oder Geschwester) bekannt?:

- Rheumaerkrankung (wie Rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew, Lupus Erythematodes oder Schuppenflechtenarthritis)?: Ja Nein

Wenn Ja, bei wem?:

- Psoriasis (Schuppenflechte): Ja Nein

Wenn Ja, bei wem?:

- Colitis Ulcersa: Ja Nein

Wenn Ja, bei wem ?:

- Morbus Crohn: Ja Nein

Wenn Ja, bei wem ?:

- Gicht: Ja Nein

Wenn Ja, in welchen Gelenken:

Nehmen Sie irgendwelche Gichtmedikamente (wie Allopurinol):

- Tumorerkrankung: Ja Nein

Wenn Ja, welche und seit wann:

Hatten Sie schon mal Zeckenbiss gehabt ?: Ja Nein

Wenn Ja, wann:

Nehmen Sie irgendwelche Blutverdünner ?: Ja Nein

Wenn Ja, welche: ASS Marcumar Andere:

Wegen welcher Erkrankung Nehmen Sie den Blutverdünner:

Bekannte Vorerkrankungen bei Ihnen:

- Bluthochdruck (seit wann): Ja Nein
- Diabetes mellitus (seit wann): Ja Nein
- Niereninsuffizienz (seit wann): Ja Nein
- Herzerkrankungen (seit wann und welche Erkrankung): Ja Nein
- Lungenerkrankungen (wenn Ja, welche): Ja Nein
- Darmdivertikulose: Ja Nein
- Magengeschwüre: Ja Nein
- Hepatitis B oder C: Ja Nein
- Arthrose (Verschleiß): Ja Nein
- Vitamin-D-Mangel: Ja Nein
- Osteoporose: Ja Nein

Bisherige Operationen mit Datum bitte:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Bekannte Allergien:

- Pollenallergie: Ja Nein

- Medikamente (welche):

Rauchen Sie: Ja Nein

Wenn ja, seit wann und wie viel Zigaretten am Tag ?:

Trinken Sie Alkohol: Ja Nein

Wenn Ja, wie oft:

Ist Ihr Impfstatus vollständig und aktualisiert: Ja Nein

Haben Sie schon mal Kortison als Tabletten oder eingespritzt in den Gelenken bekommen: Ja Nein

Wenn Ja, wann, wie viel und wie lange:

Haben Sie schon mal Rheumamedikamente eingenommen:

Ja Nein

Wenn Ja, welche und wann:

Nehmen Sie aktuell irgendwelche Medikamente ein: Ja Nein

Wenn Ja, welche (bitte Dosierung und Häufigkeit angeben):

| Name | Dosierung | Morgens | Mittags | Abends | Nachts | n. Bedarf |
|------|-----------|---------|---------|--------|--------|-----------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Wie stark waren Ihre Beschwerden oder Schmerzen in den letzten 7 Tagen auf der Skala von 0 bis 100 (Bei 0 keine Beschwerden; Bei 100 sind die Beschwerden nicht mehr auszuhalten):

| | | | | | | | | | | |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

Patient Nr.: Name: Vorname: Geb.Datum:

FFbH (Funktionsfragebogen Hannover)

In den folgenden Fragen geht es um Tätigkeiten aus dem täglichen Leben. Bitte beantworten Sie jede Frage so, wie es für Sie im Moment (wir meinen in Bezug auf die letzten 7 Tage) zutrifft.

Sie haben drei Antwortmöglichkeiten:

Ja, aber
mit Mühe

Nein,
oder nur mit
fremder Hilfe

| | Ja | Ja, aber mit Mühe | Nein, oder nur mit fremder Hilfe |
|--|-----------------------|-----------------------|----------------------------------|
| Können Sie Brot streichen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Können Sie aus einem normal hohen Bett aufstehen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Können Sie mit der Hand schreiben? (Mindestens eine Postkarte) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Können Sie Wasserhähne auf- und zudrehen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Können Sie sich strecken, um z.B. ein Buch von einem hohen Regal oder Schrank zu holen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Können Sie einen mindestens 10 kg schweren Gegenstand (z. B. einen vollen Wassereimer oder Koffer) hochheben und 10 Meter weit tragen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Können Sie sich von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Können Sie sich bücken und leichten Gegenstand (z.B. ein Geldstück oder zerknülltes Papier) vom Fußboden aufheben? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Können Sie über einem Waschbecken die Haare waschen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Können Sie 1 Stunde auf einem ungepolsterten Stuhl sitzen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Können Sie 30 Minuten ohne Unterbrechung stehen? (z. B. in einer Warteschlange) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Können Sie sich im Bett aus der Rückenlage aufsetzen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Können Sie sich Strümpfe an- und ausziehen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Können Sie im Sitzen einen kleinen heruntergefallenen Gegenstand (z.B. eine Münze) neben Ihrem Stuhl aufheben? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Können Sie einen schweren Gegenstand (z.B. einen gefüllten Kasten Mineralwasser) vom Boden auf den Tisch stellen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Können Sie sich einen Wintermantel an- und ausziehen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Können Sie ca. 100 Meter schnell laufen (nicht gehen), etwa um einen Bus zu erreichen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Können Sie öffentliche Verkehrsmittel (Bus, Bahn usw.) benutzen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

erfasst von: am:

errechnete Funktionskapazität: %

Gedruckt am