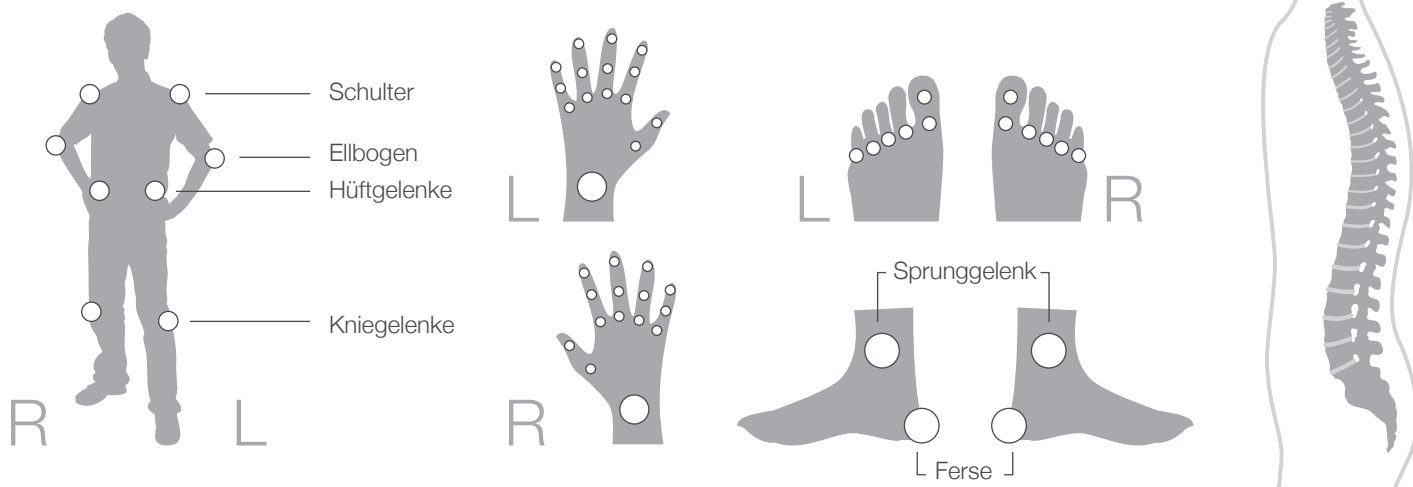


Krankenkasse bzw. Kostenträger			
Name, Vorname des Versicherten			
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis.	Datum	

Rheuma-Fragebogen für Patienten. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

- Seit wann haben Sie die Beschwerden?
 - seit 2 Wochen
 - seit 6 Wochen
 - seit mehr als 6 Monaten
 Besserung durch: Kälte Wärme Medikamente
- Wurden Sie wegen Ihrer Beschwerden bereits einmal von einem Rheumatologen untersucht?
 - Ja Nein
- Bitte kreuzen Sie Ihre Problemzone an:
Welche Gelenke sind/waren schmerzhaft geschwollen?
Welche Region der Wirbelsäule ist/war schmerzhaft bewegungseinschränkend?



- Hatten Sie jemals schmerzhafte Entzündungen an Sehnenansätzen (z.B. Schulter, Fersen)?
 - Ja Nein
- Hatten Sie oft schmerzhafte Bewegungseinschränkungen der Halswirbelsäule?
 - Ja Nein
- Wachen Sie in der 2. Nachthälfte wegen tiefsitzender Rückenschmerzen auf?
 - Ja Nein
- Hatten Sie jemals eine schmerzhafte Augenentzündung?
 - Ja Nein

>> weiter auf der Rückseite

8. Sind bei Ihnen Blutfaktoren bekannt wie zum Beispiel:
- Rheumafaktor
 - anti-CCP-Antikörper
 - HLA B 27
9. Haben Sie eine Muskelschwäche in den Oberarmen und/oder Oberschenkel bemerkt? Ja Nein
10. Haben Sie im letzten Vierteljahr ungewollt Gewicht abgenommen? Ja Nein
11. Haben Sie oft Durchfälle oder Infektionen der Atemwege/Harnwege? Ja Nein
12. Wurde jemals folgende Untersuchung durchgeführt:
- Magenspiegelung: Ja Nein
- Darmspiegelung: Ja Nein
- letzte Krebsvorsorge (beim Frauenarzt oder beim Urologen) war am: _____
13. Ist in Ihrer Familie eine der folgenden Krankheiten bekannt:
- Schuppenflechte (Psoriasis)
 - Diabetes Mellitus
 - Gicht
 - entzündliches Rheuma
 - Osteoporose
 - Herz- oder Nierenkrankheit
 - Krebsleiden
 - Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, Tuberkulose)
14. Ist eine Schuppenflechte bekannt? Ja Nein
15. Haben Sie oft entzündete Stellen an den Schleimhäuten (z.B. im Mund)? Ja Nein
16. Haben Sie eine Trockenheit der Augen und/oder des Mundes bemerkt? Ja Nein
17. Hatten Sie jemals einen Hautausschlag?
Sind Sie sonnenempfindlich? Ja Nein
18. Hatten Sie jemals eine Thrombose im Bein? Ja Nein
19. Haben Sie oft Fieber? Ja Nein
20. Ist eine Allergie bekannt? Ja Nein
21. Rauchen:
- Ich rauche pro Tag _____ Zigaretten seit ____ Jahren.
 - Ich bin Nichtraucher
- Alkohol:
- Ich trinke pro Tag _____
 - Ich trinke keinen Alkohol
22. Diese Operationen wurden bei mir durchgeführt (bitte mit Datum):
- _____
- _____
- _____
- _____
23. Bitte tragen Sie hier noch Ihre Dauermedikamente ein:
- _____
- _____
- _____
- _____