



Klinik II für Innere Medizin | Abteilung Rheumatologie

Rheuma-Fragebogen für Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

damit Sie sich auf Ihren Untersuchungstermin zur Abklärung einer rheumatischen Erkrankung vorbereiten können und wir anhand der Informationen eine bessere medizinische Einschätzung treffen können, bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen zu beantworten und bei Ihrem Besuch den Fragebogen ausgefüllt mitzubringen.

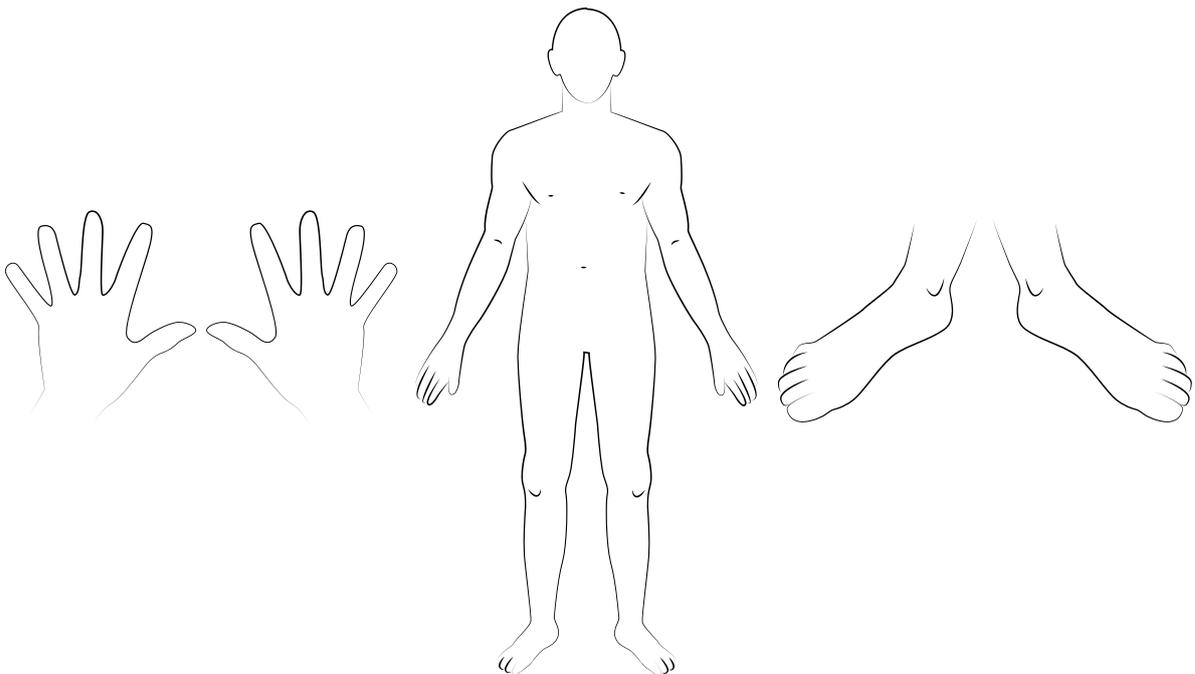
Vielen Dank!

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Leiden Sie unter Gelenkschmerzen oder Gelenkschwellung? Ja Nein

Wenn ja, markieren Sie bitte die Stellen, an den Schmerzen oder Schwellungen bestehen und seit wann sie bestehen.



1. Wann treten diese Schmerzen vor allem auf?

Bei Bewegung	bei Belastung	nach Belastung
In Ruhe	dauernd	schubweise
nachts	morgens	

2. Sind die Gelenke morgens steif oder lassen sich schwer bewegen? Ja Nein

Wenn ja, wie lange dauert dies an? _____ Minuten

3. Leiden Sie unter Schmerzen an der Wirbelsäule? Ja Nein

Wenn ja, seit wann? _____

4. Wann schmerzt die Wirbelsäule besonders?

Bei Bewegung	bei Belastung	nach Belastung
Beim Stehen	beim Bücken	beim Gehen
Beim Heben	in Ruhe	dauernd
nachts	morgens	tagsüber

5. Strahlen die Schmerzen in die Wirbelsäule aus? Ja Nein

Wenn ja, wohin? _____

6. Wann bessern sich die Beschwerden der Wirbelsäule? In Ruhe Bei Bewegung

7. Haben Sie Muskelschmerzen? Ja Nein

Wenn ja, wo? _____

8. Haben Sie eine längerfristig bestehende Muskelschwäche an Armen und Beinen? Ja Nein

9. Sind bei Ihnen folgende Hauterkrankungen bekannt oder bestehen auffällige Hautveränderungen?

Schuppenflechte Sonnenlichtempfindlichkeit Allergie Haarverlust

Andere (bitte beschreiben)

10. Hatten Sie Augenentzündungen? Ja Nein

11. Leiden Sie unter starker Augen- und Mundtrockenheit? Ja Nein

12. Haben Sie Entzündungen an den Schleimhäuten? Ja Nein

13. Kommt es bei Ihnen zu Lymphdrüsenanschwellungen? Ja Nein

14. Kommt es bei Ihnen oft zu Fieber (>38,5°C) Ja Nein

15. Fühlen Sie sich krank? Ja Nein

16. Haben Sie unbeabsichtigt stärker an Gewicht verloren? Ja Nein

17. Leiden Sie an häufigen Durchfällen? Ja Nein

18. Bestehen gehäuft Infektionen? Ja Nein

19. Hatten Sie eine Thrombose? Ja Nein

20. Bei Frauen: Haben Sie Kinder geboren? Ja Nein

Haben Sie Fehlgeburten erlitten? Ja Nein

21. Verfärben sich Ihre Finger bei Kälte oder sehen „wie abgestorben“ aus? Ja Nein

22. Wurden bei Ihnen auffällige Blutwerte/Entzündungszeichen nachgewiesen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

