Patientenfragebogen 1

ASV Rheumatologie
Alb-Donau/Ulm

Dr. med. Steffen Briem
Chefarzt Internistische Fachklinik für
Innere Medizin und Rheumatologie
ASV-Teamleiter

Alb-Donau-Klinikum Langenau
Karlstraße 45
89129 Langenau

Telefon 07345 891-3455
Telefax 07345 891-3489
Email asv.rheuma@adk-gmbh.de

Name _____

Vorname _____

Ausfülldatum _____

Sehr geehrte Patientin,
Sehr geehrter Patient,
um spezifischer auf Ihre Beschwerden eingehen zu können, erbitten wir im Folgenden einige Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand.
Diese helfen uns, ein umfassendes Bild von Ihnen zu erhalten.
Dieser Bogen dient als Gesprächsgrundlage für das folgende ärztliche Gespräch mit Ihnen.
Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Dinge an oder beantworten die Fragen in den leeren Feldern.

1. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?
(ggf. geben Sie uns einfach einen Medikamentenplan ihres Hausarztes)

2. Haben Sie in den letzten Tagen zusätzliche Medikamente eingenommen (wann, wie oft, welche Menge)?

3. Bitte geben Sie an, wo Sie aktuell/in der letzten Zeit Schmerzen haben/hatten:

4. Bei Rückenschmerzen:

	ja	nein
Rückenschmerzen seit oder kurz nach einem schweren Unfall		
Beschwerdebeginn der Rückenschmerzen < 40 Jahren		
Rückenschmerzen seit > 3 Monaten		
Nächtliches Erwachen, v.a. in der zweiten Nachthälfte (später als 3 Uhr), wegen Rückenschmerzen		

	ja	nein
Bewegung lindert die Beschwerden in der Wirbelsäule		
Beschwerdelinderung durch Schmerzmittel – welche?		
Schmerzen werden durch körperliche Tätigkeiten verstärkt.		
Schmerzen in der linken oder rechten Gesäßhälfte. Die Seite kann wechseln.		
Osteoporose bekannt		
Abnahme der Körpergröße		
Gefühlsstörungen an den Beinen und/oder Armen		
Gefühlsstörungen am Damm und/oder am After		

5. Gab es bereits geschwollene/gerötete/überwärmte Gelenke?

Nein	
Ja	Welche?

6. Wachen Sie nachts an Ihren Schmerzen auf, wenn ja um welche Uhrzeit?

Nein	
Ja	Dauer/Uhrzeit?

7. Kennen Sie eine Steifigkeit der Gelenke/des Rückens am Morgen über 30 Minuten;
wenn ja, wie lange dauert diese an?

Nein	
Ja	Dauer/Minuten?

8. Welchen Schmerzcharakter würden Sie ihren Schmerzen am ehesten zuschreiben?

pochend - einschießend - blitzartig - stechend - scharf - krampfartig - heiß -
brennend - schneidend

9. Stellen Sie sich Ihre Schmerzen auf einer Skala zwischen 0 und 10 vor, wobei 0 keine Schmerzen und 10 stärkste Schmerzen sind. Bewerten Sie nun in Zahlen:

Wie sind die Schmerzen grade jetzt im Moment?
Wie stark waren die stärksten Schmerzen in den letzten 7 Tagen?
Wie gering waren die Schmerzen minimal in den letzten 7 Tagen?

10. Wann treten die Schmerzen auf?
morgens - abends - erste Nachthälfte - zweite Nachthälfte

11. Ist der Schmerz andauernd oder gibt es Schmerzschübe?
Wie lange dauern die Schübe an?

12. Was bringt Ihnen Linderung?
Wärme/Kälte/Bewegung/Ruhe/welche Schmerzmedikamente?

13. Haben Sie bereits Krankengymnastik erhalten?

14. Wann traten zum ersten Mal Beschwerden am Bewegungsapparat auf (Monat/Jahr/welche)?

15. War dieser Erkrankungsbeginn eher schleichend und langsam oder eher akut plötzlich?

16. Welche Rheuma- und Schmerzmedikamente haben Sie bereits erhalten (von wann bis wann, welche Wirkung, warum abgesetzt)?

17. Welche Ärzte betreuen Sie? Denken Sie dabei neben Ihrem Hausarzt auch an Rheumatologen, Kardiologen, Orthopäden, Augenärzte, Neurologen, Hautärzte, …

18. Welche Bildgebung ist bereits gelaufen (Röntgen, CT, MRT, Szintigraphie, Ultraschalluntersuchungen)? Bitte Befunde (in Kopie) auf Papier zum Gespräch mitbringen.

19. Waren sie bereits schmerzbedingt im Krankenhaus?
Wurden schmerzbedingt Operationen durchgeführt?
Waren Sie aufgrund ihrer Schmerzen in einer Rehabilitationseinrichtung?

20. Im Folgenden werden verschiedene Begleiterkrankungen, die bei bestimmten Arten von Schmerzen auftreten können, aufgeführt. Bitte geben Sie an, ob Sie diese Symptome schon einmal bei sich beobachtet haben.

	ja	nein
Trockenheit von Augen/Mund		
Erkrankungen der Haut wie ein Ausschlag/Rötung an Stirn oder Wangen, Juckreiz, Zahnfleischentzündungen, Schuppenflechte, Entzündungen, unklare Knoten, Wassereinlagerungen		
Veränderungen an den Finger-/Fußnägeln		
Sonnenempfindlichkeit der Haut		

	ja	nein
Schmerzhafte Stellen in Nase, Mundhöhle oder Genitale (Aphthen)		
Haarausfall		
Chronische Entzündungen im Darm/häufig Durchfall		
Rote/schmerzhafte Augen		
Können Sie sich an einen Zeckenbiss mit Hautrötung erinnern?		
Waren sie in den letzten Wochen an Durchfall- oder anderen Infektions-erkrankungen erkrankt?		
Hatten Sie in den letzten 2 Jahren eine Erkrankung der Nasennebenhöhlen oder des Mittelohres?		
Husten mit blutigem Auswurf, Engerwerden der Mundöffnung		
Probleme beim Schlucken, vermehrtes Sodbrennen		
Vermehrt Muskelschmerzen/Muskelschwäche		
Vermehrte Müdigkeit		
Unklare Bauch-/Brustschmerzen, Herzstolpern		
Bauchschmerzen nach dem Essen		
Weiß-/Blaufärbung der Finger/Füße bei Kälte		
Haben Sie vermehrt (mehr als einmal/Monat) Infekte?		
Bluten Sie vermehrt (blaue Flecke ohne Grund, Nasenbluten, …)		
Hatten Sie bereits Verstopfungen der Venen (Thrombosen)?		
Gab es Schwangerschaftskomplikationen (Abort/Frühgeburt in welcher SS-Woche)?		
Besteht aktuell oder in Zukunft ein Kinderwunsch (wichtig für Mann und Frau)?		
Hatten Sie in der letzten Zeit vermehrt Kopfschmerz, Sehstörungen, Schmerzen beim Kauen, ein neu aufgetretenes Ohrgeräusch?		

21. Ist bei Ihnen eine Zuckererkrankung (Diabetes mellitus) bekannt?

Nein
Ja

22. Sind bei Ihnen hohe Blutfettwerte (Cholesterin) bekannt?

Nein
Ja

23. Haben Sie hohe Blutdruckwerte oder nehmen Sie Medikamente gegen hohen Blutdruck ein?

Nein
Ja

24. Rauchen Sie oder haben Sie jemals geraucht (bis wann)?

Nein	
Ja	Jahr?

25. Wenn ja, wie viel Zigaretten pro Tag und seit wie vielen Jahren?

26. Gibt es in Ihrer Familie Angehörige mit Herzinfarkt/Schlaganfall?

Nein	
Ja	Wer?

27. Welche anderen Erkrankungen haben Sie? Denken Sie dabei vor allem an Erkrankungen der Schilddrüse, Augen, Herz, Schlaganfälle, Haut, Tumorerkrankungen, Osteoporose, …

28. Welche Operationen hatten Sie bereits in ihrem Leben (OP und Jahr, ggf. auch wo)?

29. Wann und mit welchem Befund waren Sie zuletzt bei Vorsorgeuntersuchungen?

Untersuchung	Wann?	Auffällig?	Unauffällig?
Magenspiegelung			
Darmspiegelung			
Frauenarzt			
Urologe			
Hautkrebs-Screening			

30. Haben Sie Allergien (Medikamente, Pflaster, andere)?

31. Hatten Sie in den letzten Tagen Fieber?

Nein		
Ja	36-38°C	38-39°C

32. Schwitzen Sie stark in der Nacht (sodass Sie die Nachtwäsche wechseln müssen)?

Nein
Ja

33. Hat ihr Gewicht in den letzten Tagen/Wochen stark zugenommen oder abgenommen?

Nein		
Ja	Zugenommen: kg	Abgenommen: kg

34. Ist Ihr Appetit gut? Vertragen sie irgendwelche Speisen nicht?

35. Haben Sie Probleme beim Stuhlgang (fest/flüssig, wie häufig am Tag, Blutbeimengungen, nicht halten können)?

36. Haben Sie Probleme beim Wasser lassen (Schmerzen, Brennen, nicht halten können, Blutbeimengungen)?

Wie oft müssen Sie in der Nacht aufstehen um Wasser zu lassen?

37. Wie viel Alkohol trinken sie?

Nie	
Gelegentlich	
mehr als 3 Mal pro Woche	
täglich	

38. Hatten Sie in der letzten Zeit Husten?

Nein
Ja

39. Zeigte sich hierbei Auswurf und ggf. welche Farbe hatte dieser?

Nein	
Ja	Farbe:

40. Kommen Sie außer Atem, wenn sie Treppen steigen?

Nein
Ja

41. Leben Sie allein oder mit einem Partner/Kinder?

42. Welchem Beruf gehen Sie nach/sind sie nachgegangen (bis wann)?

43. Benötigen Sie Hilfe bei Verrichten des Haushaltes (Einkaufen gehen, Putzen, Essen machen, …) oder bei der Körperpflege (Duschen, Haare waschen, Baden, …)?

Nein	
Ja	Wofür?

44. Gab es bei Verwandten 1. Grades Fälle von Schuppenflechte (Psoriasis),
M. Bechterew, Rheumatoide Arthritis o.a. Rheumaerkrankungen,
Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen, Tumorerkrankungen …?

Nein	
Ja	Wer?

Patientenfragebogen 2

ASV Rheumatologie
Alb-Donau/Ulm

Dr. med. Steffen Briem
Chefarzt Internistische Fachklinik für
Innere Medizin und Rheumatologie
ASV-Teamleiter

Alb-Donau-Klinikum Langenau
Karlstraße 45
89129 Langenau

Telefon 07345 891-3455
Telefax 07345 891-3489
Email asv.rheuma@adk-gmbh.de

Name _____

Vorname _____

Ausfülldatum _____

Sehr geehrte Patientin,
Sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie folgende Fragen aus:

	Ja	Ja, aber mit Mühe	Nein oder nur mit fremder Hilfe
1. Können Sie Brot streichen?	2	1	0
2. Können Sie aus einem normal hohen Bett aufstehen?	2	1	0
3. Können Sie mit der Hand schreiben (mindestens eine Postkarte?	2	1	0
4. Können Sie Wasserhähne auf- und zudrehen?	2	1	0
5. Können Sie sich strecken, um z.B. ein Buch von einem hohen Regal oder Schrank zu holen?	2	1	0
6. Können Sie einen mindestens 10 kg schweren Gegenstand (z.B. einen vollen Wassereimer oder Koffer) hochheben und 10 Meter weit tragen?	2	1	0
7. Können Sie sich von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen?	2	1	0
8. Können Sie sich bücken und einen leichten Gegenstand (z.B. ein Geldstück oder zerknülltest Papier) vom Fußboden aufheben?	2	1	0
9. Können Sie sich über einem Waschbecken die Haare waschen?	2	1	0
10. Können Sie 1 Stunde auf einem ungepolsterten Stuhl sitzen?	2	1	0
11. Können Sie 30 Minuten ohne Unterbrechung stehen (z.B. in einer Warteschlange)?	2	1	0
12. Können Sie sich im Bett aus der Rückenlage aufsetzen?	2	1	0

13. Können Sie Strümpfe an- und ausziehen?	2	1	0
14. Können Sie im Sitzen einen kleinen heruntergefallenen Gegenstand (z.B. eine Münze) neben Ihrem Stuhl aufheben?	2	1	0
15. Können Sie einen schweren Gegenstand (z.B. einen gefüllten Kasten Mineralwasser) vom Boden auf den Tisch stellen?	2	1	0
16. Können Sie sich einen Wintermantel an- und ausziehen?	2	1	0
17. Können Sie ca. 100 Meter schnell laufen (nicht gehen), etwa um einen Bus zu erreichen?	2	1	0
18. Können Sie öffentliche Verkehrsmittel (Bus, Bahn usw.) benutzen?	2	1	0

Wie stark sind Ihre Schmerzen? 0 = keine Schmerzen, 10 = stärkste Schmerzen, bitte kreuzen Sie an:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Patientenfragebogen 3

ASV Rheumatologie
Alb-Donau/Ulm

Dr. med. Steffen Briem
Chefarzt Internistische Fachklinik für
Innere Medizin und Rheumatologie
ASV-Teamleiter

Alb-Donau-Klinikum Langenau
Karlstraße 45
89129 Langenau

Telefon 07345 891-3455
Telefax 07345 891-3489
Email asv.rheuma@adk-gmbh.de

Name _____

Vorname _____

Ausfülldatum _____

Bitte kreuzen Sie an, wie sehr folgende Beschwerden Sie in der letzten Woche eingeschränkt haben:

	kein Problem	leicht/mild	mäßig/deutlich	heftig/dauer-haft/stört das Leben
Müdigkeit				
nicht erholsamer Schlaf				
Merk- und Konzentrations-störungen				

Wurden Sie in den letzten 6 Monaten durch eines der folgenden Symptome geplagt?

Schmerzen oder Krämpfe im Unterbauch	nein	ja
Depression	nein	ja
Kopfschmerz	nein	ja

Bitte geben Sie an, ob Sie in den letzten 7 Tagen Schmerzen oder Berührungs-empfindlichkeit in den unten aufgeführten Körperregionen hatten:

	rechts	links		rechts	links
Kiefer			Nacken		
Kopf			Brustkorb		
Schulter			Bauch		
Oberarm			Hüfte		
Unterarm			Oberschenkel		
Oberer Rücken			Unterschenkel		
Hände			Füße		

Waren die Beschwerden, die in den Fragen aufgeführt sind, in der Regel in den **letzten 3 Monaten** vorhanden?

nein	ja

Ihre bestehenden Schmerzen und Einschränkungen im Alltag könnten dazu führen, dass eine rheumatologische Abklärung im Rahmen eines stationären Aufenthalts sinnvoll ist.

Wären Sie mit einer stationären Aufnahme zwischen 7 und 15 Tagen einverstanden?

nein	warum nicht?:

ja