

**Bitte beantworten Sie diese Fragen, die das Gespräch mit Herrn Dr. Hoese erleichtern sollen, es aber nicht ersetzen (bitte ankreuzen und ausfüllen)**

**Haben Sie Gelenkbeschwerden?**  Ja  Nein

An diesen Gelenken \_\_\_\_\_

seit \_\_\_\_\_

**Haben Sie Rückenbeschwerden?**  Ja, Halswirbelsäule  
 Ja, Brustwirbelsäule  Ja, Lendenwirbelsäule  Nein

**Haben Sie Weichteilbeschwerden?**  Ja  Nein

Wo: \_\_\_\_\_  Am ganzen Körper

**Haben Sie *geschwollene* Gelenke?**  Ja  Nein

Welche Gelenke: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

**Waren Sie wegen Ihrer Beschwerden schon einmal bei einem/einer ...**

Rheumatologen/in (Diagnose \_\_\_\_\_)  Heilpraktiker/in

**Kommen Sie morgens schlecht in Gang?**  Ja  Nein

**Wenn ja, sind die Gelenke steif?**  Ja, \_\_\_\_\_ Min./Std.  Nein

**Haben Sie Gelenkschmerzen, wenn Sie nach längerem Sitzen aufstehen?**  
 Ja  Nein

**Haben Sie Schuppenflechte (Psoriasis)?**  Ja  Nein

**Haben Sie andere Hautveränderungen?**  Ja  Nein

**Allergien?**  Ja, gegen \_\_\_\_\_  Nein

**Haben oder hatten Sie Brennen beim Wasserlassen?**

Ja, jetzt  Ja, vor \_\_\_\_\_ Monaten/Jahren  Nein

**Haben oder hatten Sie eine Regenbogenhautentzündung (Iritis, Iridozyklitis) am Auge?**  Ja, vor \_\_\_\_ Monaten/Jahren  Nein

**Haben oder hatten Sie eine entzündliche Darmerkrankung oder häufige Durchfälle?**  Ja, vor \_\_\_\_\_ Monaten/Jahren  Nein

**Zeckenbisse?**  Ja, vor \_\_\_\_\_ Monaten/Jahren  Nie

**Haben Sie bei Kälte absterbende Finger (einzelne Finger werden weiß oder blau)?**  
 Ja  Nein

**Haben Sie häufiger Fieber?**  Ja, zusammen mit Gelenkbeschwerden  
 Ja, ohne erkennbaren Grund  Ja, bei Erkältung  Nein

**Leiden Sie an verminderter Tränenflüssigkeit?**  Ja  Nein

**Haben Sie einen trockenen Mund?**  Ja  Nein

**Haben Sie vermehrt Haarausfall?**  Ja  Nein

**Bemerkten Sie vergrößerte Lymphknoten?**  Ja  Nein

**Nehmen Sie Medikamente ein?**  Ja (bitte alle Medikamente auch für andere Krankheiten aufschreiben): \_\_\_\_\_

Nein

(bitte wenden)

Sind Sie geröntgt worden?  Ja (Röntgenpass?)  Nein  
bei Dr. \_\_\_\_\_ im Jahr \_\_\_\_\_

Was ist geröntgt worden?  Halswirbelsäule  Brustwirbelsäule  
 Lendenwirbelsäule  Gelenke, und zwar diese: \_\_\_\_\_

Hatten Sie eine Knochendichtemessung?  
 Ja, bei Dr. \_\_\_\_\_ im Jahr \_\_\_\_\_, Ergebnis: \_\_\_\_\_  Nein

Hatten Sie ein Heilverfahren (Kur)?  Ja, im Jahr \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
und im Jahr \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ und im Jahr \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  Nein

Führen Sie gegen Ihre rheumatischen Beschwerden physikalische Therapie durch?  
 Krankengymnastik  Massagen  Fangopackungen  
 Fitnesstraining  Bewegungsbäder  Stromdurchflutungen  Nein

Haben Sie Kälte oder Wärme an Ihren Gelenken angewendet?  
 Kälte  Wärme  Nein  
(Wenn ja, welche Kälte?  Wassereis  Kühlgel/Kryogel)

Gibt es Rheuma in Ihrer Familie (nur Blutsverwandte)?  Ja  Nein  
(Wenn ja, welches Rheuma und bei wem? \_\_\_\_\_)

Sind Sie arbeitsfähig?  Ja  
 arbeitsunfähig seit \_\_\_\_\_  Entfällt  arbeitslos, seit \_\_\_\_\_

Welchen Beruf üben Sie aus: \_\_\_\_\_  Hausmann  
 Rentner (früherer Beruf: \_\_\_\_\_)

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Pflegen Sie Angehörige selbst zuhause?  Ja  Nein

Hatten Sie Operationen?  Ja  Nein

Welche: \_\_\_\_\_

Hatten/Haben Sie eine Zuckerkrankheit?  Ja, \_\_\_\_\_  Nein

Hatten/Haben Sie hohen Blutdruck?  Ja, \_\_\_\_\_  Nein

Hatten Sie einen Herzinfarkt?  Ja, \_\_\_\_\_  Nein

Hatten/Haben Sie eine Herzkrankheit?  Ja, \_\_\_\_\_  Nein

Hatten/Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?  Ja, \_\_\_\_\_  Nein

Hatten/Haben Sie eine Krebskrankheit?  Ja, \_\_\_\_\_  Nein

Hatten/Haben Sie eine Lungenerkrankung?  Ja, \_\_\_\_\_  Nein

Hatten/Haben Sie eine Leberkrankheit?  Ja, \_\_\_\_\_  Nein

Haben Sie eine andere schwere Krankheit?  Ja, \_\_\_\_\_  Nein

Haben Sie alle Medikamente für diese Krankheiten umseitig aufgeschrieben?

(Bitte geben Sie meinen Medizinischen Fachangestellten diesen Fragebogen)

Einrichtungsnummer	laufende Patientennummer
--------------------	--------------------------

# Kerndokumentation

# Fragebogen für Rheuma-Patienten

## Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand insgesamt beschreiben?

Bitte entscheiden Sie sich für eine Zahl.

sehr gut  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 sehr schlecht

## Welche der folgenden Aussagen beschreiben Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten?

Bitte setzen Sie je ein Kreuz pro Gruppe.

### Beweglichkeit / Mobilität

- Ich habe keine Probleme herumzugehen.
- Ich habe einige Probleme herumzugehen.
- Ich bin ans Bett gebunden.

### Für sich selber sorgen

- Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen.
- Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen.
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.

### Allgemeine Tätigkeiten (z. B. Beruf, Hausarbeit, Studium, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.
- Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.

### Schmerzen / körperliche Beschwerden

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden.
- Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden.
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden.

### Angst / Niedergeschlagenheit

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert.
- Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert.
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert.

## Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen.

Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

In den letzten zwei Wochen ...	die ganze Zeit	meistens	etwas mehr als die Hälfte der Zeit	etwas weniger als die Hälfte der Zeit	ab und zu	zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EQ-5D-3L

WHO-5

**Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre rheumatische Erkrankung.**

*Bitte entscheiden Sie sich für eine Zahl pro Frage.*

**Wie würden Sie heute die Aktivität Ihrer rheumatischen Erkrankung einschätzen?**

keine Aktivität  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 sehr hohe Aktivität

**Wie würden Sie die Stärke Ihrer Schmerzen in den letzten 7 Tagen einschätzen?**

keine Schmerzen  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 unerträgliche Schmerzen

**Wie schwierig war es in den letzten 7 Tagen für Sie, alltäglichen körperlichen Tätigkeiten nachzugehen?**

nicht schwierig  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 sehr schwierig

**Wie sehr haben Sie in den letzten 7 Tagen unter ungewöhnlicher Erschöpfung und Müdigkeit gelitten?**

gar nicht  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 sehr stark

**Litten Sie in den letzten 7 Tagen unter Schlafstörungen? (Probleme beim Ein- oder Durchschlafen)**

gar nicht  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 sehr stark

**Wie war Ihr körperliches Wohlbefinden in den letzten 7 Tagen?**

sehr gut  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 sehr schlecht

**Wie war Ihr psychisches Wohlbefinden in den letzten 7 Tagen?**

sehr gut  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 sehr schlecht

**Wie schwierig war es in den letzten 7 Tagen für Sie, mit Ihrer rheumatischen Erkrankung zurechtzukommen?**

nicht schwierig  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 sehr schwierig

**Waren Ihre Gelenke steif als Sie heute Morgen aufwachten?**

nein  ja, und zwar     Minuten

**Wie viele eigene Zähne haben Sie noch (einschließlich überkronter Zähne)?**

- alle 28 Zähne (Weisheitszähne nicht mitgerechnet)
- nicht mehr alle Zähne, mir fehlen    Zähne
- keine eigenen Zähne mehr

**Wenn Sie erwerbstätig sind oder im letzten Jahr waren: Waren Sie in den letzten 12 Monaten wegen Ihrer rheumatischen Erkrankung arbeitsunfähig (krankgeschrieben)?**

nein  ja, und zwar     Tage

**Sind Sie derzeit krankgeschrieben?**

nein  ja

**Waren Sie in den letzten 12 Monaten wegen Ihrer rheumatischen Beschwerden stationär im Krankenhaus? Bitte geben Sie die Gesamtdauer der Aufenthalte an.**

nein  ja, und zwar     Tage

**Haben Sie in den letzten 12 Monaten an einer medizinischen Rehabilitation teilgenommen?**

*Sie können auch ambulant und stationär gleichzeitig ankreuzen.*

- nein
- ja, ambulant
- ja, stationär, und zwar     Woche/n

**Wie zufrieden sind Sie mit dem Erfolg Ihrer derzeitigen Rheumatherapie?**

- sehr zufrieden
- eher zufrieden
- eher unzufrieden
- sehr unzufrieden

**Wie zufrieden sind Sie mit der Verträglichkeit Ihrer derzeitigen Rheumatherapie?**

- sehr zufrieden
- eher zufrieden
- eher unzufrieden
- sehr unzufrieden

**In welchem Jahr sind Sie geboren?**

**Geschlecht**

- weiblich
- männlich

**Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?**

- Vollzeit erwerbstätig
- Teilzeit erwerbstätig
- arbeitslos
- in Ausbildung / Umschulung
- berentet
- Sonstiges

**Wenn Sie berentet bzw. im Ruhestand sind, sind Sie:**

- im Vorruhestand
- berentet wegen Erwerbs-/Berufsunfähigkeit  
seit dem Jahr
- aufgrund der rheumatischen Erkrankung
- aufgrund anderer Erkrankung/en
- berentet wegen Erreichung der Altersgrenze  
seit dem Jahr

**In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit beschäftigt bzw. waren Sie zuletzt beschäftigt?**

- Arbeiter/in
- Angestellte/r
- Beamte/r
- Selbständige/r

**Welche Personen leben in Ihrem Haushalt?**

*Sie können mehrere Kästchen ankreuzen.*

- (Ehe-)Partner/in
- Kind/er
- andere Person/en
- ich lebe allein
- ich lebe im Alten-/Pflegeheim

**Rauchen Sie?**

- ja, täglich, seit  Jahren und zwar  Zigaretten pro Tag
- ja, gelegentlich
- ich habe früher  Jahre lang geraucht und vor  Jahren aufgehört
- nein, ich habe noch nie geraucht

**Wie oft treiben Sie Sport?**

- regelmäßig, mehr als 4 Stunden pro Woche
- regelmäßig, 2 – 4 Stunden pro Woche
- regelmäßig, 1 – 2 Stunden pro Woche
- weniger als 1 Stunde pro Woche
- keine sportliche Betätigung

**Bitte tragen Sie hier das heutige Datum ein:**

  
Tag            Monat            Jahr

**Vielen Dank  
für Ihre Mitarbeit!**

In den folgenden Fragen geht es um Tätigkeiten aus dem täglichen Leben.

Bitte beantworten Sie jede Frage so, wie es für Sie im Moment (in Bezug auf die **letzten 7 Tage**) zutrifft und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

**Sie haben drei Antwortmöglichkeiten:**

**1 Ja**

Sie können die Tätigkeit ohne Schwierigkeiten ausführen.

**2 Ja, aber mit Mühe**

Sie haben dabei Schwierigkeiten, z.B. Schmerzen, es dauert länger als früher oder Sie müssen sich dabei abstützen.

**3 Nein oder nur mit fremder Hilfe**

Sie können es gar nicht oder nur, wenn eine andere Person Ihnen dabei hilft.

		Ja	Ja, aber mit Mühe	Nein oder nur mit fremder Hilfe
1.	Können Sie Brot streichen?	1	2	3
2.	Können Sie aus einem normal hohen Bett aufstehen?	1	2	3
3.	Können Sie mit der Hand schreiben (mindestens eine Postkarte)?	1	2	3
4.	Können Sie Wasserhähne auf- und zudrehen?	1	2	3
5.	Können Sie sich strecken, um z.B. ein Buch von einem hohen Regal oder Schrank zu holen?	1	2	3
6.	Können Sie einen mindestens 10 kg schweren Gegenstand (z.B. einen vollen Wassereimer oder Koffer) hochheben und 10 Meter weit tragen?	1	2	3
7.	Können Sie sich von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen?	1	2	3
8.	Können Sie sich bücken und einen leichten Gegenstand (z.B. ein Geldstück oder zerknülltes Papier) vom Fußboden aufheben?	1	2	3
9.	Können Sie sich über einem Waschbecken die Haare waschen?	1	2	3
10.	Können Sie 1 Stunde auf einem ungepolsterten Stuhl sitzen?	1	2	3
11.	Können Sie 30 Minuten ohne Unterbrechung stehen (z.B. in einer Warteschlange)?	1	2	3
12.	Können Sie sich im Bett aus der Rückenlage aufsetzen?	1	2	3
13.	Können Sie Strümpfe an- und ausziehen?	1	2	3
14.	Können Sie im Sitzen einen kleinen heruntergefallenen Gegenstand (z.B. eine Münze) neben Ihrem Stuhl aufheben?	1	2	3
15.	Können Sie einen schweren Gegenstand (z.B. einen gefüllten Kasten Mineralwasser) vom Boden auf den Tisch stellen?	1	2	3
16.	Können Sie sich einen Wintermantel an- und ausziehen?	1	2	3
17.	Können Sie ca. 100 Meter schnell laufen (nicht gehen), etwa um einen Bus zu erreichen?	1	2	3
18.	Können Sie öffentliche Verkehrsmittel (Bus, Bahn usw.) benutzen?	1	2	3

© FFbH

Bitte hier nichts eintragen!

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

Anzahl ,1'	Anzahl ,2'	Anzahl ,3'

# Kerndokumentation

## Patientenstammdaten

**Hinweis:** Falls Sie diesen Bogen schon einmal ausgefüllt haben und sich an Ihren Stammdaten nichts geändert hat, geben Sie ihn bitte unausgefüllt zurück.

Bitte die ID-Nr. des Patienten eintragen:

Zentrumsnummer		Einrichtungsnummer			laufende Nummer des Patienten				

Wir bitten Sie, den nachfolgenden Kurzfragebogen auszufüllen und anschließend Ihrem Arzt oder der Arzthelferin zur Erfassung zu geben. **Bitte versuchen Sie, jede Frage zu beantworten.**

In welchem Jahr wurden Sie geboren?       Geschlecht:  weiblich  männlich

Seit wann haben Sie Ihre rheumatischen Beschwerden?

\_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

Wann wurden Sie zum ersten Mal durch einen Rheumatologen betreut? (ambulant oder im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes)

\_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

Seit wann werden Sie in dieser Praxis/Sprechstunde betreut? (gilt nur für ambulant behandelte Patienten)

\_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

**Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?**

- keinen Schulabschluss
- Hauptschule (Volksschule)
- Mittlere Reife / Realschule / POS (10. Klasse)
- Fachhochschulreife
- Abitur / Hochschulreife (Gymnasium / EOS)

**Welche Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen?**  
Bitte kreuzen Sie nur den höchsten erreichten Abschluss an.

- keine
- im Beruf angelehrt
- Lehre / Fachschulausbildung (2 Jahre)
- Lehre / Fachschulausbildung (3 Jahre)
- Fachhochschulstudium
- Hochschulstudium / Universität

**Sind Sie Mitglied der Rheuma-Liga oder einer anderen Selbsthilfeorganisation für Rheumakranke?**

- ja, Rheuma-Liga       ja, andere Patientenorganisation       nein

**Wo wohnen Sie?**

Bitte tragen Sie hier die ersten drei Stellen der Postleitzahl Ihres Wohnortes ein.

--	--	--

PLZ Stelle 1 bis 3

**Wohnen Sie**

- in einer Stadt mit > 1.000.000 Einwohnern
- in einer Stadt mit > 100.000 - 1.000.000 Einwohnern
- in einer Stadt mit > 20.000 - 100.000 Einwohnern
- in einer Stadt mit > 5.000 - 20.000 Einwohnern
- in einem Ort mit bis 5.000 Einwohnern

Wie weit ist es von Ihnen zu Hause bis zu dieser rheumatologischen Praxis/Klinik? ca.    km

(bitte rechtsbündig eintragen)

Tragen Sie hier bitte noch das heutige Datum ein:

T	T	M	M	J	J		

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.**