

# Fragebogen

## Zur Erstvorstellung in der Rheumapraxis Weiden

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
Dieser Fragebogen hilft uns, Ihre Beschwerden und Ihren bisherigen Verlauf besser zu verstehen und uns auf das Gespräch vorzubereiten. Bitte füllen Sie die Fragen möglichst vollständig aus. Wenn Sie sich unsicher sind oder etwas nicht zutrifft, können Sie Felder frei lassen.  
Sie können diesen Fragebogen digital oder ausdrucken und handschriftlich ausfüllen.  
Das Ausfüllen dauert etwa 10–15 Minuten.

**Bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen in ausgedruckter Form zu Ihrem Termin mit. Falls vorhanden, legen Sie bitte auch Befunde und einen aktuellen Medikamentenplan bei.**

## 1. Persönliche Angaben

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Nr.	PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon	E-Mail	
<input type="text"/>	gesetzlich / privat	
Krankenversicherung	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	Weitere behandelnde Fachärztinnen/Fachärzte:	
Hausärztin/Hausarzt	<input type="text"/>	

## Vorstellung in unserer Praxis

Waren Sie bereits in unserer Praxis?      Nein /      Ja

Liegt Ihr letzter Termin **länger als 3 Jahre** zurück, füllen Sie diesen Fragebogen bitte vollständig aus.  
Liegt er **weniger als 3 Jahre** zurück, melden Sie sich bitte direkt bei uns. Wir besprechen dann das weitere Vorgehen.

## 2. Ihr Anliegen

Was ist der Hauptgrund für Ihre Vorstellung in unserer Praxis?

Welche Beschwerden stehen aktuell im Vordergrund?

Ist Ihnen ein möglicher Auslöser aufgefallen?  
(z. B. Infekt, Verletzung, besondere Belastung)

Nein

Ja – Wann Welcher?

Gab es Zeiten mit deutlicher Besserung oder  
Beschwerdefreiheit?

Nein

Ja – Wann ungefähr?

Was belastet Sie durch die Beschwerden derzeit am meisten?

Gibt es etwas, das wir aus Ihrer Sicht unbedingt wissen sollten

### 3. Beschwerden und Verlauf

#### Beschwerdebeginn

Wann traten Ihre Beschwerden erstmals auf?  
Monat/Jahr (ungefähr):

Gab es beschwerdefreie Phasen?

Nein

Ja – wie lange ungefähr?

Welche Bereiche waren zu Beginn betroffen?  
(Mehrfachnennung möglich)

einzelne Gelenke

mehrere Gelenke

Rücken / Wirbelsäule

Muskeln / Sehnen

anderes

Wie haben sich Ihre Beschwerden seitdem entwickelt?

gleichbleibend

langsam zunehmend

schubweise

wechselnd

weiß ich nicht

#### Schmerzen

Wo haben Sie aktuell Schmerzen?  
(Mehrfachnennung möglich)

Hände / Finger

Füße / Zehen

Knie

Hüfte

Schultern

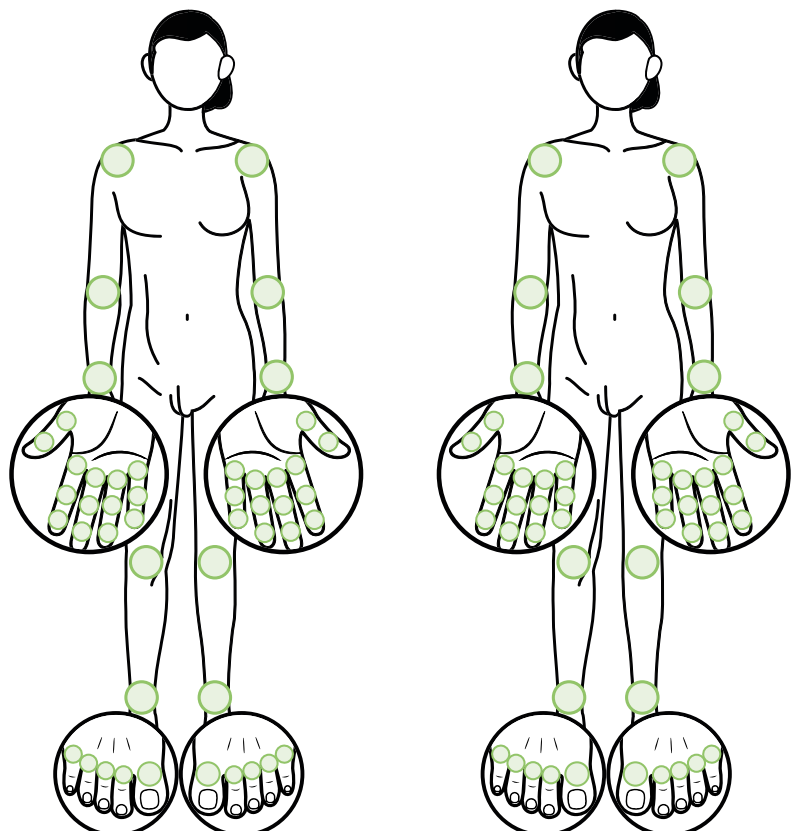
Rücken / Wirbelsäule

Muskeln

andere

schmerzhaft

geschwollen



Bitte markieren Sie in der Abbildung alle Gelenke  
oder Körperstellen, die in den letzten 7 Tagen  
schmerzhaft oder geschwollen waren. →

kein Gelenk war schmerzhaft

kein Gelenk war geschwollen

### Wurde bereits ein Gelenk punktiert?

Nein

Ja – welches / wann? \_\_\_\_\_

### Wie stark waren Ihre Schmerzen in den letzten 7 Tagen?

0 = keine Schmerzen 10 = stärkste vorstellbare Schmerzen

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### Morgensteifigkeit

#### Fühlen sich Ihre Gelenke morgens steif an?

Nein

Ja

#### Wenn ja, wie lange dauert die Steifigkeit üblicherweise?

unter 15 Minuten

15–30 Minuten

30–60 Minuten

länger als 1 Stunde

### Beweglichkeit und Funktion

#### Fällt Ihnen aktuell schwer:

(Mehrfachnennung möglich)

Aufstehen vom Stuhl

Treppensteigen

Arme über Schulterhöhe heben

längeres Gehen

Greifen / Feinmotorik

anderes \_\_\_\_\_

### Charakter der Beschwerden

#### Treffen folgende Aussagen zu?

(Mehrfachnennung möglich)

Beschwerden treten in Schüben auf

Beschwerden bestehen dauerhaft

Beschwerden sind morgens stärker

Beschwerden sind nachts stärker

Ich wache nachts durch die Schmerzen auf

Bewegung bessert die Beschwerden

Ruhe bessert die Beschwerden nicht

Wärme hilft

Kälte hilft

regelmäßige Schmerzmittel notwendig

#### Falls Sie schon einmal Kortison bekommen haben: Hat es geholfen?

deutlich

teilweise

nein

## 4. Rücken / Wirbelsäule (nur wenn zutreffend)

Bei Beschwerden im Bereich Rücken/Wirbelsäule: Bitte beantworten Sie zusätzlich diese Fragen.

#### Seit wann bestehen die Beschwerden?

Monat/Jahr (ungefähr) \_\_\_\_\_

#### Wo genau?

(Mehrfachauswahl möglich)

Nacken/Halswirbelsäule (HWS)

Brustwirbelsäule (BWS)

Lendenwirbelsäule (LWS)

Kreuzbein/Becken

Gesäß

#### Wie fühlen sich die Beschwerden an?

(Mehrfachauswahl möglich)

morgens steif (länger als 30 Minuten)

nachts/während der zweiten Nachthälfte stärker

Bewegung hilft

Ruhe/Stillliegen hilft nicht

#### Strahlen die Schmerzen aus?

Nein

Ja, wohin?

\_\_\_\_\_

#### Haben Sie dazu bereits Untersuchungen oder Behandlungen gehabt?

(Mehrfachauswahl möglich)

keine

Physiotherapie/Übungen

MRT

Röntgen

Schmerzmittel (z. B. Ibuprofen/Diclofenac)

Spritzen/Infiltrationen

Operation

anderes \_\_\_\_\_

#### Sonstige Hinweise

(falls wichtig):

\_\_\_\_\_

## 5. Auswirkungen im Alltag

In welchen Bereichen beeinträchtigen Ihre Beschwerden Sie aktuell besonders? (Mehrfachnennung möglich)

Arbeit / Ausbildung  
Haushalt  
Bewegung / Sport  
Schlaf  
soziale Aktivitäten  
Selbstversorgung (z. B. Anziehen, Körperpflege)  
anderes \_\_\_\_\_

Wie gut konnten Sie Ihren Alltag in den letzten 7 Tagen bewältigen?

0 = sehr gut möglich 10 = gar nicht möglich

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Beeinflussen Stress oder Belastungen Ihre Beschwerden spürbar?

Nein Ja unsicher

Haben Sie aktuell Unterstützung im Alltag oder nutzen Hilfsmittel?

Nein

Ja – welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie derzeit

voll arbeitsfähig

eingeschränkt arbeitsfähig

arbeitsunfähig seit \_\_\_\_\_

Wie stark war Ihre anhaltende Müdigkeit oder Erschöpfung in den letzten 7 Tagen? (auch bei ausreichendem Schlaf)

0 = keine 10 = sehr stark

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (dauerhafte Erschöpfung, auch „Fatigue“ genannt)

## 6. Weitere körperliche Beschwerden

Bitte kreuzen Sie an, wenn Beschwerden bestehen oder früher bestanden haben.

### Augen und Mund

trockene Augen  
Augenentzündung  
(z. B. Regenbogenhautentzündung / Uveitis)  
trockener Mund  
Schluckbeschwerden  
wiederkehrende schmerzhafte Stellen im Mund  
(Aphthen)  
Schwellung der Speicheldrüsen

### Gefäße und Durchblutung

Finger oder Zehen werden weiß/blau bei Kälte  
(Raynaud-Phänomen)  
Schwellungen an Armen oder Beinen  
vergrößerte Lymphknoten

### Bauch und Verdauung

wiederkehrende Bauchschmerzen  
Durchfall  
Blut im Stuhl  
bekannte chronisch-entzündliche Darmerkrankung  
(z. B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)

### Haut, Haare, Nägel

Hautausschlag / Rötungen  
schuppige Haut (z. B. Schuppenflechte / Psoriasis)  
offene Stellen / schlecht heilende Wunden  
Nagelveränderungen  
ausgeprägter Haarausfall

Betroffene Bereiche \_\_\_\_\_

### Allgemeinsymptome

ungeklärtes Fieber  
nächtliches Schwitzen  
ungewollter Gewichtsverlust  
anhaltende Müdigkeit oder Erschöpfung

Seit wann ungefähr? \_\_\_\_\_

## 7. Vorerkrankungen und Risiken

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt oder wurden Operationen durchgeführt?

Nein  
Ja – welche?

---

---

Seit wann ungefähr?

### Infektionen und Impfungen

Hatten Sie in letzter Zeit häufig Infekte?

Nein    Ja

Sind Ihre Impfungen weitgehend aktuell?

Nein    Ja    unsicher

Wurden Sie bereits gegen folgende Erkrankungen geimpft? (Mehrfachnennung möglich)

COVID-19  
Grippe (Influenza)  
Pneumokokken  
Gürtelrose (Herpes Zoster)  
Hepatitis B  
weiß ich nicht

### Autoimmun- und entzündliche Erkrankungen

entzündlich-rheumatische Erkrankung  
Schuppenflechte (Psoriasis)  
chronisch-entzündliche Darmerkrankung  
Schilddrüsenerkrankung (z. B. Hashimoto, Basedow)  
andere Autoimmunerkrankung

### Weitere wichtige Erkrankungen

Herz-Kreislauf-Erkrankung  
Thrombose / Embolie  
Lungenerkrankung  
Nieren- oder Harnwegserkrankung  
neurologische oder psychische Erkrankung  
Krebserkrankung  
Infektionserkrankung von Bedeutung

Bitte geben Sie – wenn möglich – Details an (z. B. Diagnose, Jahr):

---

---

### Allergien

Sind Allergien bekannt (z. B. Medikamente)?

Nein  
Ja – welche?

### Lebensstil und mögliche Risiken

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?

Nein    Ja – aktuell    früher

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Nein    Ja

Gab es relevante Reisen?

Nein  
Ja – wohin/wann?

---

---

Gab es relevante Tierkontakte?

(z. B. Haustiere, Nutztiere, Wildtiere, Tierbisse)

Nein  
Ja – welche?

---

## 8. Medikamente und bisherige Therapien

Bitte bringen Sie – wenn möglich – einen aktuellen Medikamentenplan mit oder legen Sie ihn bei.

### Aktuelle Medikamente

Nehmen Sie derzeit regelmäßig Medikamente ein?

Nein  
Ja – welche? (Name, Dosis, seit wann)

---

---

---

### Schmerzmittel

Nehmen Sie regelmäßig Schmerzmittel ein?

Nein  
Ja – welche?

Gab es Nebenwirkungen oder Probleme?

Nein  
Ja – welche?

---

## Kortison

### Nehmen oder nahmen Sie Kortison?

Nein Ja

Form: Tabletten Spritze Infusion andere \_\_\_\_\_

Präparat / Name (wenn bekannt) \_\_\_\_\_

Startdosis \_\_\_\_\_ mg/Tag

Derzeitige Dosis \_\_\_\_\_ mg/Tag beendet

Zeitraum:

seit (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Gab es Nebenwirkungen?

Nein Ja - welche? \_\_\_\_\_

## Rheumatologische Therapien

### Haben Sie bereits Medikamente zur Behandlung einer rheumatischen Erkrankung erhalten?

(z. B. Methotrexat, Biologika, JAK-Inhibitoren)

Nein Ja

Wenn ja, welche und wann ungefähr?

\_\_\_\_\_

### Wie wurde die Behandlung vertragen?

Gut Teilweise Nicht vertragen

Grund für Absetzen (falls zutreffend)

\_\_\_\_\_

## Weitere Therapien

### Haben Sie andere Behandlungen erhalten?

(Mehrfachnennung möglich)

Physiotherapie

Ergotherapie

Reha

Injektionen / Infiltrationen

alternative Verfahren

andere \_\_\_\_\_

## 9. Erkrankungen in der Familie

### Weitere Therapien

#### Sind bei nahen Angehörigen (Eltern, Geschwister, Kinder) folgende Erkrankungen bekannt?

(Mehrfachnennung möglich)

entzündlich-rheumatische Erkrankung

Schuppenflechte (Psoriasis)

chronisch-entzündliche Darmerkrankung

andere Autoimmunerkrankung

Herz-Kreislauf-Erkrankung

Krebserkrankung

keine bekannt

weiß ich nicht

Falls bekannt, welche Erkrankung und bei wem?

(z. B. Mutter, Vater, Geschwister, Kind, Großeltern, Tante/Onkel)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient\*in

## 10. Ergänzungen und offene Punkte

Gibt es noch etwas zu Ihren Beschwerden, bisherigen Behandlungen oder Ihrer Krankengeschichte, das wir wissen sollten?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche Fragen oder Anliegen möchten Sie bei der Vorstellung besonders besprechen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihre Angaben.  
Wir freuen uns auf das Gespräch mit Ihnen.  
Bitte bringen Sie vorhandene Befunde und Ihren  
Medikamentenplan zur Vorstellung mit.

Ihr Praxisteam Dr. Kohl