

# Patientenfragebogen - Erstvorstellung

Praxisgemeinschaft Dr. med. Silvia Worsch u. Matthias E. Worsch, Brunnenkreißstr. 1, 99974 Mühlhausen

Stempel der zu besuchenden Praxis:

Datum: . . . . .

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir bitten Sie herzlich, vor unserer ärztlichen Untersuchung folgende Fragen zu beantworten.  
Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Welche Beschwerden führten zu ihrer heutigen Vorstellung bei uns?

\_\_\_\_\_

Was ist das Ziel ihrer Konsultation in unserer Praxis?

\_\_\_\_\_

Waren sie früher schon einmal bei einem Rheumatologen, und wenn ja bei welchem?

\_\_\_\_\_

## 1. a) Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Seit wann?

Bluthochdruck:	Ja	Nein
Herzrhythmusstörungen:	Ja	Nein
Herzinfarkt,		
Herzkranzgefäßerkrankung:	Ja	Nein
Schlaganfall:	Ja	Nein
Durchblutungsstörungen	Ja	Nein
andere:	Ja	Nein

## 1. b) Erkrankungen der Atemwege

Seit wann?

Mandelentzündungen:	Ja	Nein
Nasennebenhöhlenentzündungen:	Ja	Nein
Chronische Bronchitis:	Ja	Nein
Asthma bronchiale:	Ja	Nein
andere:	Ja	Nein

## 1. c) Stoffwechselerkrankungen

Seit wann?

Fettstoffwechselstörung:	Ja	Nein
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit):	Ja	Nein
Erkrankungen der Schilddrüse:	Ja	Nein
Gicht:	Ja	Nein
andere:	Ja	Nein

**1. d) Magen-Darmerkrankungen, Lebererkrankungen** **Seit wann?**

Sodbrennen, Refluxkrankheit:	Ja	Nein	
Magengeschwür/Gastritis:	Ja	Nein	
Chronische Darmentzündungen (M. Crohn, Colitis ulcerosa):	Ja	Nein	
Chronische Lebererkrankung, Leberfunktionsstörung:	Ja	Nein	
Magenspiegelung:	Ja	Nein	Wann zuletzt?
Darmspiegelung	Ja	Nein	Wann zuletzt?
andere:	Ja	Nein	

**1. e) Erkrankungen des Nervensystems** **Seit wann?**

Nervenlähmungen:	Ja	Nein
Schlaganfall:	Ja	Nein
Multiple Sklerose:	Ja	Nein
Epilepsie:	Ja	Nein
Muskelerkrankung:	Ja	Nein
Psychische Erkrankung/Depression:	Ja	Nein
Erhöhter Alkoholkonsum oder/und Drogen:	Ja	Nein
andere:	Ja	Nein

**1. f) Hauterkrankungen** **Seit wann?**

Schuppenflechte:	Ja	Nein
Neurodermitis:	Ja	Nein
andere:	Ja	Nein

**1. g) Erkrankungen von Nieren und Unterbauch** **Seit wann?**

chronische Nierenerkrankungen:	Ja	Nein	
Entzündungen/Infektionen der Harnwege:	Ja	Nein	
Letzte Vorsorgeuntersuchung	Welche?		Wann?
Männer-Prostataerkrankung	Ja	Nein	
Frauen-Fehlgeburten	Ja	Nein	
Frauen-Erste Regelblutung			Wann?
Letzte Regelblutung			Wann?

**1. h) Rheumatische Erkrankungen** **Seit wann?**

Wenn ja, welche?	Ja	Nein
------------------	----	------

**1. i) Tumorerkrankungen** **Seit wann?**

Wenn ja, welche?	Ja	Nein
------------------	----	------

**1.j) Allergien, Unverträglichkeiten** **Seit wann?**

Wenn ja, welche? Ja Nein

Medikamente:  
Röntgenkontrastmittel:  
andere:

**1. k) Infektionserkrankungen** **Seit wann?**

Tuberkulose: Ja Nein  
Hepatitis: Ja Nein  
andere (z. B. HIV): Ja Nein  
Wenn ja, welche?

**2. Rauchen sie?** Ja Nein

Wenn ja, wie viel Zigaretten täglich? Seit wann Rauchen sie?

**3. Wurden sie schon einmal operiert?**

Art der Operation	Krankenhaus/Praxis	Monat/Jahr

**4. Lagen sie aus anderen Gründen schon einmal im Krankenhaus?**

Grund der Krankenhausbehandlung	Krankenhaus	Monat/Jahr

**5. Sind Ihnen Erkrankungen bei Familienangehörigen (Blutsverwandten) bekannt?**

Rheuma:  
Hautkrankheiten (z. B. Schuppenflechte):  
Tumorerkrankungen:  
Herz-Kreislaufferkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall):

**6. Wie ist ihre familiäre Situation?**

ledig o      verheiratet o      geschieden o      verwitwet o      in Partnerschaft lebend o

Anzahl der Kinder.....

**7. Wie ist ihre berufliche Situation?**

erlernter Beruf: \_\_\_\_\_ zuletzt ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_  
berentet seit: \_\_\_\_\_ wegen: \_\_\_\_\_ Schwerbehinderung: \_\_\_\_\_ GdB: \_\_\_\_\_  
laufendes Rentenverfahren? Ja Nein

**8. Welche Medikamente nehmen Sie z.Z. ein?**

Medikament	Dosis	Häufigkeit, z.B. 2 x 1

**9. Waren sie in der letzten Zeit im Ausland?** \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

**10. Haben sie sich regelmäßig ihre Impfungen geben lassen?** Ja Nein

**Informationen/Angaben zur Datenverarbeitung/Behandlungsvertrag**

ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten und Befunde (zum Beispiel der Arztbrief) zum Zweck der Mit-und Weiterbehandlung weitergegeben werden dürfen an:

- Hausarzt Name und Anschrift.....  
.....
- Facharzt Name und Anschrift.....  
.....
- bzw. nur an mich

**Wir weisen sie darauf hin, dass sie in unserer Praxis *persönliche Uhrzeitermine* erhalten. Bei Verhinderung möchten sie diese bis spätestens 24 h vor ihrem eigentlichen Termin bei uns absagen. Sollte keine Absage erfolgen, behalten wir uns vor ihnen dies mit einer Säumnisgebühr von 30 Euro in Rechnung zu stellen.**

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner vorgenommenen Angaben. Mir ist bekannt, dass durch die heutige ärztliche Konsultation ein Behandlungsvertrag zwischen meiner Person und der Ärztin/dem Arzt zustande kommt.

.....  
Datum Unterschrift des Patienten

Diese Angaben können jederzeit widerrufen werden.

# FFbH – Funktionsfragebogen Hannover Rheumatoide Arthritis

Name

Geb.-Datum

Datum

Seite 1/2

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 das entsprechende Feld an.

Sie haben drei Antwortmöglichkeiten:

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| Ja                              | Sie können die Tätigkeit ohne Schwierigkeiten ausführen.   |
| Ja, aber mit Mühe               | Sie haben dabei Schwierigkeiten, z. B. Schmerzen, es dauert länger als früher, oder Sie müssen sich dabei abstützen. |
| 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Können Sie aus einem normal hohen Bett aufstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Können Sie mit der Hand schreiben (mindestens eine Postkarte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Können Sie Wasserhähne auf- und zudrehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Können Sie sich strecken, um z. B. ein Buch von einem hohen Regal oder Schrank zu holen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Können Sie einen mindestens 10 kg schweren Gegenstand (z. B. einen vollen Wassereimer oder Koffer) hochheben und 10 Meter weit tragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Können Sie sich von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Können Sie sich bücken und einen leichten Gegenstand (z. B. ein Geldstück oder zerknülltes Papier) vom Fußboden aufheben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Können Sie sich über einem Waschbecken die Haare waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Können Sie 1 Stunde auf einem ungepolsterten Stuhl sitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung auf Seite 2

# FFbH – Funktionsfragebogen Hannover Rheumatoide Arthritis

Name

Geb.-Datum

Datum

Seite 2/2



	Ja	Ja, aber mit Mühe	Nein oder nur mit fremder Hilfe
11. Können Sie 30 Minuten ohne Unterbrechung stehen (z. B. in einer Warteschlange)?	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
12. Können Sie sich im Bett aus der Rückenlage aufsetzen?	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
13. Können Sie Strümpfe an- und ausziehen?	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
14. Können Sie im Sitzen einen kleinen heruntergefallenen Gegenstand (z. B. eine Münze) neben Ihrem Stuhl aufheben?	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
15. Können Sie einen schweren Gegenstand (z. B. einen gefüllten Kasten Mineralwasser) vom Boden auf den Tisch stellen?	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
16. Können Sie sich einen Wintermantel an- und ausziehen?	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
17. Können Sie ca. 100 Meter schnell laufen (nicht gehen), etwa um einen Bus zu erreichen?	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
18. Können Sie öffentliche Verkehrsmittel (Bus, Bahn usw.) benutzen?	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
Summe Punkte:	<input type="text" value="①"/>		



## Berechnung des FFbH:

$$\text{Funktionskapazität (\%)} = \frac{\text{Erreichte Punktzahl (①)} \times 100}{2 \times \text{Anzahl der gültigen Antworten}} = \text{[ ]}$$



## Verweise:

Interpretation und Auswertung: Medal Rheumatologie, Seite 14

Online-Formulare: <http://www.medal-org.de> (Deutsch)

<http://www.medalreg.com/medal/medal/ch37/ch37.21/ch37.21.10.php> (Englisch)

Name

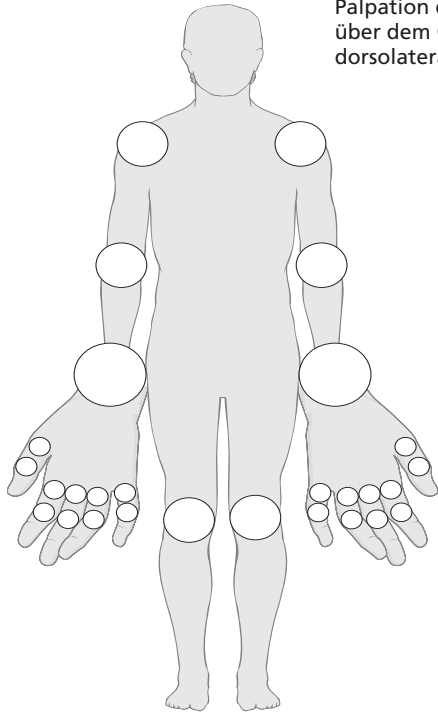
Geb.-Datum

Datum



### Geschwollene Gelenke:

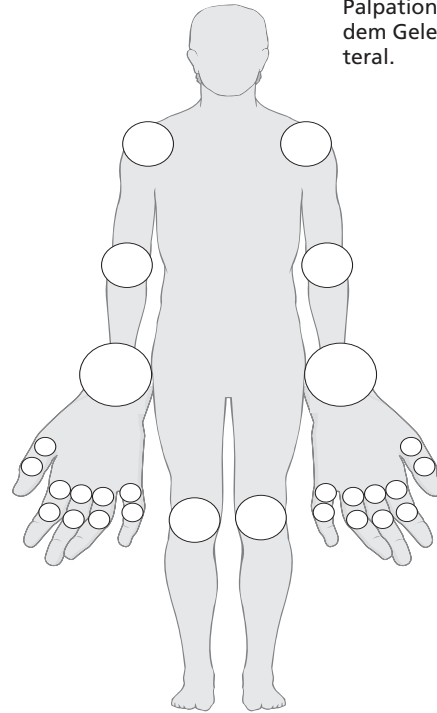
Palpation der Synovitis über dem Gelenkspalt dorsolateral.



Anzahl geschwollene Gelenke:  ①

### Druckempfindliche Gelenke:

Palpation der Synovialis über dem Gelenkspalt dorsolateral.



Anzahl druckempfindliche Gelenke:  ②



BSG (Blutsenkungsgeschwindigkeit) nach Westergren in mm/h:  ③



### Allgemeinurteil des Patienten über seinen Gesundheitszustand (NRS):

Wie bewerten Sie Ihren Gesundheitszustand in den letzten 7 Tagen?

sehr gut            schlecht ④



### Berechnung des DAS 28:

$$\text{DAS 28} = 0,28 \times \sqrt{\text{① Anz. geschw. Gelenke}} + 0,56 \times \sqrt{\text{② Anz. druckdol. Gelenke}} + 0,7 \times \ln \text{③ BSG} + 0,014 \times (\text{④ NRS} \times 10) = \text{[ ]}$$



### Verweise:

Interpretation und Auswertung: Medal Rheumatologie, Seite 8

Online-Rechner: <http://www.medal-org.de> (Deutsch)

<http://www.medalreg.com/medal/medal/ch22/ch22.08/ch22.08.17.php> (Englisch)