



**(B) BISHERIGER KRANKHEITSVORLAUF** bitte komplett ausfüllen:

Ihr Anliegen: Warum möchten Sie sich in unserer Ambulanz vorstellen? \_\_\_\_\_

Bitte rechten Rand für unsere  
Bemerkungen freilassen

Welche Beschwerden traten zuerst bei Ihnen auf und wann war das? \_\_\_\_\_

Wurden wegen Ihrer Beschwerden Laboruntersuchungen veranlasst?  nein  ja → bitte vorlegen

Wurden weitere Diagnostikmaßnahmen (z.B. MRT, Herzecho) veranlasst?  nein  ja → bitte vorlegen

Wurde bei Ihnen schon eine Diagnose gestellt?  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

Haben Sie sich schon bei einem / anderen Rheumatologen vorgestellt?  nein  ja → bitte ausfüllen:

Bei wem? \_\_\_\_\_

Wann zuletzt? \_\_\_\_\_  einmalig  regelmäßige Kontrollen

Ihr Rheumatologe hat die Vorstellung in unserer Ambulanz empfohlen → schriftliche Anfrage vorlegen

anderer Arzt hat die Vorstellung empfohlen, wer? \_\_\_\_\_

**(C) VEGETATIVE ANAMNESE** bitte komplett ausfüllen:

Ihre Größe: \_\_\_\_\_ cm

Ihr Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Haben / hatten Sie viel Gewicht verloren?  nein  ja, wann, wieviel: \_\_\_\_\_ kg  ungewollt

Schwitzen Sie nachts stark?  nein  ja, wie oft mit Wäschewechsel: \_\_\_\_\_ x/Woche

Haben Sie häufig Fieber von mehr als 38°C?  nein  ja → bitte ausfüllen:

Wann erstmals? \_\_\_\_\_ Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Wie oft? \_\_\_\_\_ Tage im Monat Wie hoch maximal? \_\_\_\_\_ °C

Haben Sie dabei heftige Schmerzen?  nein  ja, wo:  Brustkorb  Bauch

Gibt es Verwandte mit häufigem Fieber?  nein  ja, wer: \_\_\_\_\_

wegen des wiederkehrenden Fiebers erfolgte bereits eine genetische Untersuchung → bitte Befund vorlegen

Haben Sie häufige Infekte?  nein  ja → bitte ausfüllen:

Seit wann? \_\_\_\_\_ Wie oft? \_\_\_\_\_ x/Jahr

Tritt eine bestimmte Art von Infekt gehäuft auf?  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

Haben Sie COVID-19 Infektion durchgemacht?  nein  ja, wann: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie deswegen häufig Antibiotika ein?  nein  ja, wann zuletzt: \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Schlafstörungen?  nein  ja → bitte ausfüllen:

beim Einschlafen  beim Durchschlafen  Zähneknirschen  Schnarchen/Atempausen

Sind Schmerzen die Ursache dafür?  nein  ja, wo: \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter starkem Stress?  nein  ja → bitte ausfüllen:

privat / familiär  berufsbedingt  Trauma  Sonstiges: \_\_\_\_\_

**(D) SCHMERZEN UND BEWEGUNGSAPPARAT**  beschwerdefrei → weiter bei (E)  Beschwerden liegen vor → bitte ausfüllen:

Haben Sie Schmerzen an Gelenken / Muskeln / Sehnen?  nein  ja → bitte ausfüllen und auf S.3 markieren:

Wann erstmals? \_\_\_\_\_ Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Waren Ihre Gelenke je geschwollen?  nein  ja \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen je ein Gelenk punktiert?  nein  ja, welche, wann: \_\_\_\_\_

Bitte rechten Rand für unsere Bemerkungen freilassen

- Sind Ihre Gelenke auffällig überstreckbar?  nein  ja \_\_\_\_\_
- Hatten Sie je Sehnenscheidenentzündungen?  nein  ja \_\_\_\_\_
- Ist bei Ihnen ein Fersensporn bekannt?  nein  ja \_\_\_\_\_
- Fühlen sich Ihre Muskeln schwach an?  nein  ja \_\_\_\_\_
- Fällt es Ihnen schwer die Arme hoch zu heben?  nein  ja, wegen:  Schmerzen  Schwäche
- Fällt Ihnen das Aufstehen vom Stuhl schwer?  nein  ja, wegen:  Schmerzen  Schwäche

Wie stark waren Ihre Gelenkschmerzen in letzten 7 Tagen? Kreuzen Sie bitte an:  
 Keine Schmerzen  0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10  Unerträgliche Schmerzen

Wie lange dauert die Morgensteifigkeit in Ihren Gelenken üblicherweise? Kreuzen Sie bitte an:  
 Keine Steifigkeit  0   ¼   ½   ¾   1   1 ¼   1 ½   1 ¾   ≥ 2  Stunden Steifigkeitsdauer

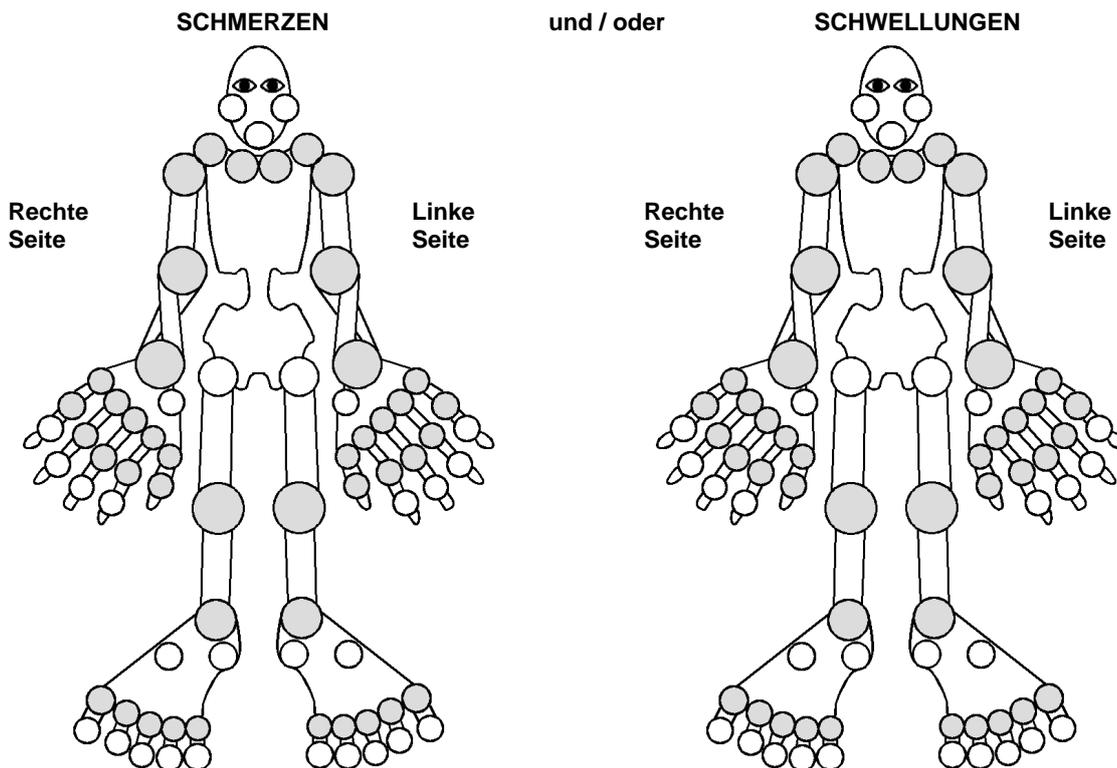
**Haben Sie Schmerzen an der Wirbelsäule?**  nie  ja → bitte ausfüllen und Stellen markieren:  
 Wann erstmals? \_\_\_\_\_ Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Haben Sie tiefsitzende Rückenschmerzen?  nein  ja, wo:  einseitig  beidseitig

Wie stark waren Ihre Wirbelsäulenschmerzen in letzten 7 Tagen? Kreuzen Sie bitte an:  
 Keine Schmerzen  0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10  Unerträgliche Schmerzen

Wie lange dauert die Morgensteifigkeit in Ihrer Wirbelsäule üblicherweise? Kreuzen Sie bitte an:  
 Keine Steifigkeit  0   ¼   ½   ¾   1   1 ¼   1 ½   1 ¾   ≥ 2  Stunden Steifigkeitsdauer

**Bitte markieren Sie hier die Körperstellen, die seit Beschwerdebeginn betroffen sind oder waren von**



- Was trifft für Ihre Schmerzen am Ehesten zu?** → bitte Zutreffendes ankreuzen, \* unter (L) ausführen:
- ...treten in Schüben auf:  Gelenke / Muskel / Sehnen  Wirbelsäule
  - ...sind dauernd vorhanden:  Gelenke / Muskel / Sehnen  Wirbelsäule
  - ...sind morgens und / oder nachts am schlimmsten:  Gelenke / Muskel / Sehnen  Wirbelsäule
  - ...bessern sich in Ruhe:  Gelenke / Muskel / Sehnen  Wirbelsäule
  - ...bessern sich bei Bewegung:  Gelenke / Muskel / Sehnen  Wirbelsäule
  - ...bessern sich durch Kälteanwendung:  Gelenke / Muskel / Sehnen  Wirbelsäule
  - ...bessern sich durch Wärmeanwendung:  Gelenke / Muskel / Sehnen  Wirbelsäule

- |  |  |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
| ...erfordern die Einnahme von Schmerzmitteln: *    | <input type="checkbox"/> Gelenke / Muskel / Sehnen | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule |
| ...bessern sich bei Einnahme von Schmerzmitteln: * | <input type="checkbox"/> Gelenke / Muskel / Sehnen | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule |
| ...wurden bereits mit Kortison behandelt: *        | <input type="checkbox"/> Gelenke / Muskel / Sehnen | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule |
| ...bessern sich bei Behandlung mit Kortison: *     | <input type="checkbox"/> Gelenke / Muskel / Sehnen | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule |

**(E) KOPF-HALS-BEREICH**

beschwerdefrei → weiter bei (F)  Beschwerden liegen vor → bitte ausfüllen:

- Haben Sie Augenprobleme?**  nein  ja → bitte ausfüllen:
- Haben Sie sehr trockene Augen?  nein  ja:  täglich Augentropfen notwendig
- Haben / hatten Sie eine Augenentzündung?  nein  ja:  Uveitis augenärztlich bestätigt
- Haben / hatten Sie einen plötzlichen Sehverlust?  nein  ja:  augenärztlich bestätigt

- Haben Sie Beschwerden im Mundbereich?**  nein  ja → bitte ausfüllen:
- Haben Sie einen sehr trockenen Mund?  nein  ja:  Nachtrinken fürs Schlucken nötig
- Haben Sie häufig Schluckstörungen?  nein  ja \_\_\_\_\_
- Haben Sie häufig Aphthen?  nein  ja:  mehrere gleichzeitig
- Hat sich Ihre Mundöffnung verkleinert?  nein  ja:  vom Zahnarzt bestätigt
- Sind / waren die Speicheldrüsen geschwollen?  nein  ja:  vom HNO-Arzt bestätigt

- Haben Sie Beschwerden an den Ohren?**  nein  ja → bitte ausfüllen:
- Sind Sie schwerhörig?  nein  ja \_\_\_\_\_
- Haben Sie häufig Ohrenentzündungen?  nein  ja \_\_\_\_\_

- Haben Sie Nasen- oder Nebenhöhlenprobleme?**  nein  ja → bitte ausfüllen:
- Haben Sie häufig Nasenbluten?  nein  ja \_\_\_\_\_
- Haben Sie häufig offene Stellen in der Nase?  nein  ja \_\_\_\_\_

- Haben Sie häufig Kopfschmerzen?**  nein  ja → bitte ausfüllen:
- neu aufgetreten und anhaltend seit: \_\_\_\_\_  Migräne ist bekannt

- Haben Sie weitere Beschwerden am Kopf / Hals?**  nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

**(F) BRUSTKORB**

beschwerdefrei → weiter bei (G)  Beschwerden liegen vor → bitte ausfüllen:

- Haben Sie ein Druck- oder Engegefühl in der Brust?**  nein  ja → bitte ausfüllen:
- Wird das Gefühl durch Belastung ausgelöst?  nein  ja:  in Ruhe wieder gebessert
- Sind Ihnen andere Auslöser aufgefallen?  nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

- Haben Sie Lungen- oder Atembeschwerden?**  nein  ja → bitte ausfüllen:
- Leiden Sie häufig unter Atemnot?  nein  ja:  auch in Ruhe
- Haben Sie beim Einatmen Brustschmerzen?  nein  ja \_\_\_\_\_
- Haben Sie neuen oder anhaltenden Husten?  nein  ja:  mit Auswurf

- Haben Sie weitere Beschwerden am Brustkorb?**  nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

**(G) BAUCH- UND BECKENORGANE**

beschwerdefrei → weiter bei (H)  Beschwerden liegen vor → bitte ausfüllen:

**Haben Sie Probleme mit der Verdauung?**

nein  ja → bitte ausfüllen:

Bitte rechten Rand für unsere Bemerkungen freilassen

- Durchfälle: \_\_\_\_\_x/Tag  auch nachts  Verstopfung  wechselnd  mit Schmerzen
- Hatten Sie je Blut im Stuhl?  nein  ja, wann: \_\_\_\_\_
- Erfolgte je eine Darmspiegelung?  nein  ja, wann: \_\_\_\_\_
- Ist eine entzündliche Darmerkrankung bekannt?  nein  ja → bitte im Abschnitt (I) genauer angeben
- Leiden Sie häufig unter Sodbrennen?  nein  ja \_\_\_\_\_

**Haben Sie Probleme beim Wasserlassen?**

nein  ja → bitte ausfüllen:

- vergrößerte Prostata  Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Haben Sie Beschwerden im Genitalbereich?**

nein  ja → bitte ausfüllen:

- Leiden Sie unter starker genitaler Trockenheit?  nein  ja:  von Frauenarzt/Urologe bestätigt
- Haben Sie häufig offene Stellen genital?  nein  ja:  mehrere gleichzeitig

**Haben Sie weitere Beschwerden im Bauch / Becken?**

nein  ja, und zwar:

**(H) HAUT, LYMPH- UND BLUTGEFÄßE**

beschwerdefrei → weiter bei (I)  Beschwerden liegen vor → bitte ausfüllen:

**Haben Sie Probleme an der Haut, Nägeln oder Haaren?**

nein  ja → bitte ausfüllen und Foto beifügen

- An welchen Körperstellen sind die Veränderungen? \_\_\_\_\_
- Wie lassen sich die Veränderungen näher beschreiben?  Ausschlag  Rötung  Pusteln
- Sonstige: \_\_\_\_\_  Verhärtung  Knoten  offene Wunden
- Sind Ihre Fingerkuppen/-spitzen verändert?  nein  offene Wunden  Einrisse  dunkle Stellen
- Haben Sie anhaltende Nagelveränderungen?  nein  ja:  gegen Pilz (Mykose) behandelt
- Haben Sie ausgeprägten Haarausfall?  nein  ja:  kreisrund / herdförmig

**Haben Sie Probleme an Lymph- oder Blutgefäßen?**

nein  ja → bitte ausfüllen:

- Sind Ihre Lymphknoten vergrößert?  nein  ja:  schmerzhaft bei Druck
- Schwellen Ihre Arme oder Beine an (Ödeme)?  nein  ja:  Delle beim Draufdrücken
- Werden Ihre Finger / Zehen häufig ganz weiß?  nein  ja:  auch bei Zimmertemperatur
- seit der Jugend  zunehmend zu Vorjahr

**Haben Sie weitere Beschwerden in diesem Bereich?**

nein  ja, und zwar:

**(I) ZYKLUS, SCHWANGERSCHAFT**

♀ bitte komplett ausfüllen:

**Gibt es Auffälligkeiten bei Ihrer Regelblutung?**

nein  ja → bitte ausfüllen:

- Welche? \_\_\_\_\_  Wechseljahre seit \_\_\_\_\_ Lebensjahr

**Sind oder waren Sie schwanger?**

nein  ja → bitte ausfüllen:

- Wann, wie oft? \_\_\_\_\_  komplikationslos
- Komplikationen:  Frühgeburt: welche Woche? \_\_\_\_\_  Fehlgeburt, wie oft, welche Woche? \_\_\_\_\_
- HELLP, Eklampsie, Präeklampsie  Kaiserschnitt

**(J) VORERKRANKUNGEN UND RISIKEN**

bitte komplett ausfüllen:

Bitte rechten Rand für unsere Bemerkungen freilassen

**Sind bei Ihnen Vorerkrankungen oder OPs bekannt?**  **nein**  **ja** → bitte Diagnose(n) und -jahr benennen:

**Autoimmunerkrankungen:**  Psoriasis  M. Crohn  Colitis ulcerosa  
 Sonstige: \_\_\_\_\_  Multiple Sklerose  Hashimoto  M. Basedow

**Erkrankungen des Bewegungsapparats:** \_\_\_\_\_

**Herz-Kreislauf-Erkrankungen:** \_\_\_\_\_

**Thrombosen, Embolien:** \_\_\_\_\_  
 Gerinnungsproblem: \_\_\_\_\_  nach Ruhigstellung (z.B. OP, Bettruhe, Busreise)

**Erkrankungen der Lunge / Atemwege:** \_\_\_\_\_

**Erkrankungen des Verdauungstraktes / Leber:** \_\_\_\_\_

**Erkrankungen der Nieren / Harnwege / Genitale:** \_\_\_\_\_

**Erkrankungen des Stoffwechsels:** \_\_\_\_\_

**Neurologische / psychische Erkrankungen:** \_\_\_\_\_

**Erkrankungen im Kopf-Hals-Bereich:** \_\_\_\_\_

**Hauterkrankungen:** \_\_\_\_\_

**Krebserkrankungen:** \_\_\_\_\_

**Infektionserkrankungen:** \_\_\_\_\_

**Allergien (ggf. Medikamente auflisten):** \_\_\_\_\_

**Operationen:** \_\_\_\_\_

**Lassen Sie sich regelmäßig impfen?**  **nein**  **ja** → bitte ausfüllen:

COVID-19:  1x  2x Welcher Impfstoff? \_\_\_\_\_

Herpes Zoster  Grippe (Influenza)  Pneumokokken  Hepatitis B

**Nehmen Sie Vorsorgeuntersuchungen wahr?**  **nein**  **ja** → bitte Zutreffendes ankreuzen, wann:

Zahnarzt \_\_\_\_\_  Hautkrebs \_\_\_\_\_

Darmkrebs \_\_\_\_\_  Prostatakrebs \_\_\_\_\_

Frauenarzt \_\_\_\_\_  Mammographie \_\_\_\_\_

**Treiben Sie regelmäßig Sport?**  **nein**  **ja** → bitte ausfüllen:

Welche Sportart? \_\_\_\_\_ Wie oft pro Woche? \_\_\_\_\_

Wettkampfsport: \_\_\_\_\_

**Haben Sie Fernreisen unternommen?**  **nein**  **ja** → bitte ausfüllen:

Wohin? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Kontakt zu Tieren?**  **nein**  **ja** Welche Tiere? \_\_\_\_\_

**Hatten Sie Zeckenbisse?**  **nein**  **ja** → bitte ausfüllen:

mit kreisförmigem Hautausschlag Wann? \_\_\_\_\_

Borreliose wurde von einem Arzt diagnostiziert  Borreliose wurde antibiotisch behandelt

**Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?**  **nein**  **ja** → bitte ausfüllen:

Raucher seit: \_\_\_\_\_ Packungen pro Tag: \_\_\_\_\_

Exraucher, geraucht von - bis: \_\_\_\_\_

**Trinken Sie Alkohol?**  **nein**  **ja** → bitte ausfüllen:

Wie oft, wieviel? \_\_\_\_\_  Alkoholsucht bekannt und  behandelt

**Nehmen Sie oder nahmen Sie Drogen ein?**

nein  ja → bitte ausfüllen:

Drogenkonsum seit: \_\_\_\_\_

aufgehört seit: \_\_\_\_\_

Welche Drogen? \_\_\_\_\_

Wie häufig, wieviel? \_\_\_\_\_

**(K) FAMILIENANAMNESE**

bitte komplett ausfüllen:

**Migrationswurzeln:** Ihre: \_\_\_\_\_ **der Eltern:** \_\_\_\_\_

**Haben Sie eigene Kinder?**  nein  ja Wie viele? \_\_\_\_\_

**Sind bei Ihren Angehörigen Erkrankungen bekannt?**  nein  ja → bitte ausfüllen:

**Entzündlich-rheumatische Erkrankungen:** \_\_\_\_\_

**Andere Autoimmunerkrankungen:**  Psoriasis  M. Crohn  Colitis ulcerosa

Sonstige: \_\_\_\_\_  Multiple Sklerose  Hashimoto  M. Basedow

**Herz-Kreislauf-Erkrankungen:** \_\_\_\_\_

**Thrombosen, Embolien:** \_\_\_\_\_

**Krebserkrankungen:** \_\_\_\_\_

**Infektionserkrankungen:** \_\_\_\_\_

**Sonstige Erkrankungen:** \_\_\_\_\_

**(L) MEDIKAMENTE UND THERAPIEN**

bitte komplett ausfüllen:

**Nehmen Sie regelmäßig Schmerzmittel ein?**

nein  ja → bitte ausfüllen:

Weswegen? \_\_\_\_\_

Von wem verordnet? \_\_\_\_\_

Welches Medikament?	Welche Dosis?	Wie oft pro Tag?	Beginn: Monat, Jahr	Ende: Monat, Jahr	Wie gut war die Wirksamkeit?	Grund fürs Absetzen, ggf. Ihre Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Ibuprofen (z.B. Ibu®)					<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> nicht vertragen:
<input type="checkbox"/> Diclofenac (z.B. Voltaren®)					<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> nicht vertragen:
<input type="checkbox"/> Etoricoxib (z.B. Arcoxia®)					<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> nicht vertragen:
<input type="checkbox"/> Celecoxib (z.B. Celebrex®)					<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> nicht vertragen:
<input type="checkbox"/> Naproxen (z.B. Dolormin®)					<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> nicht vertragen:
<input type="checkbox"/> Metamizol (z.B. Novalgin®)					<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> nicht vertragen:
<input type="checkbox"/> Paracetamol (z.B. Benuron®)					<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> nicht vertragen:
<input type="checkbox"/> Opiat / Morphin:					<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> nicht vertragen:
<input type="checkbox"/> Sonstige:					<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> nicht vertragen:
<input type="checkbox"/> Sonstige:					<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> nicht vertragen:
<input type="checkbox"/> Sonstige:					<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> nicht vertragen:

**Haben Sie je Kortison (Steroide) eingenommen?**  nein  ja → bitte ausfüllen:

Weswegen? \_\_\_\_\_

Von wem verordnet? \_\_\_\_\_

In welcher Form, welches Mittel?	Welche Dosis?	Wie oft pro Tag?	Beginn: Monat, Jahr	Ende: Monat, Jahr	Wie gut war die Wirksamkeit?	Grund fürs Absetzen, ggf. Ihre Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Tabletten:					<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> nicht vertragen:
<input type="checkbox"/> Infusion:					<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> nicht vertragen:
<input type="checkbox"/> Spritze:					<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> nicht vertragen:
<input type="checkbox"/> Tropfen:					<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> nicht vertragen:
<input type="checkbox"/> Sonstige:					<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> nicht vertragen:
<input type="checkbox"/> Sonstige:					<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> nicht vertragen:
<input type="checkbox"/> Sonstige:					<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> nicht vertragen:

**Haben Sie schon rheumatologische Basistherapien oder Immunsuppressiva eingenommen?**  nein  ja → bitte zusätzlich **Fragebogen Teil 2** ausfüllen und vorlegen

**Nehmen Sie noch weitere Medikamente ein?**  nein  ja → bitte ausfüllen oder Plan vorlegen:

Welches Medikament?	Welche Dosis?	Wieviel morgens?	Wieviel mittags?	Wieviel abends?	Ihre Bemerkungen
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					