## Patientenfragebogen

für die Früherkennung entzündlich rheumatischer Erkrankungen



Für eine Terminvereinbarung in unserer Praxis, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten. Schicken Sie den ausgefüllten Bogen bitte an service@kantpraxis.de. Sollte bei Ihnen der Verdacht auf eine rheumatologische Erkrankung bestehen, kommen wir mit einem Terminvorschlag auf Sie zu.

## ATOS MVZ KANTPRAXIS

Kurfürstendamm 42

Innere Medizin Gastroenterologie Rheumatische Erkrankungen

| <u>Patientendaten:</u>  |   | 10719 Berlin         |  |
|---|---|----------------------|--|
| Name: Geburtsdatum  | Fon: 030/8 8714 46-0<br>Fax: 030/8 8714 46-19 |                      |  |
| Tel.:   | www.kantpraxis.de<br>info@kantpraxis.de       |                      |  |
| Email:  |   |                      |  |
|   |   |                      |  |
| A. Gelenkbeschwerden / Früharthritis  | Ja  | Nein                 |  |
| <ul> <li>Bestehen Ihre Gelenkbeschwerden seit weniger als 12 Monaten?</li> <li>Haben Sie morgens für mindestens 60 Minuten steife Gelenke?</li> <li>Sind die Hand- oder Fingergelenke betroffen?</li> <li>Sind bei Ihnen einzelne Gelenke geschwollen?</li> <li>Wurde bei Ihnen ein erhöhter Entzündungswert (CRP) festgestellt?</li> <li>Besteht bei Ihnen oder in der Familie eine Schuppenflechte (Psoriasis)</li> </ul> | []<br>[]<br>[]<br>[]                          | []<br>[]<br>[]<br>[] |  |
| B. Rückenschmerzen und Entzündungen   |   |                      |  |
| <ul> <li>Traten Ihre Rückenschmerzen erstmals vor dem 45. Lebensjahr auf?</li> <li>Sind die Schmerzen in der zweiten Nachthälfte oder frühmorgens am stärksten?</li> <li>Bessern sich die Schmerzen durch Bewegung, jedoch nicht durch Ruhe?</li> <li>Sprechen Ihre Rückenschmerzen gut auf entzündungshemmende Schmerzmittel (NSAR) wie Ibuprofen oder Diclofenac an?</li> </ul>   | []<br>[]<br>[]                                | []<br>[]<br>[]       |  |
| C. Autoimmunerkrankungen des Bindegewebes   |   |                      |  |
| <ul> <li>Wurden bei Ihnen erhöhte ANA-Werte festgestellt?</li> <li>Haben Sie Haut- oder Schleimhautveränderungen?</li> <li>Ist Ihre Haut lichtempfindlich?</li> <li>Leiden Sie unter Mund- oder Augentrockenheit?</li> </ul>  | []<br>[]<br>[]                                | []<br>[]<br>[]       |  |
| C. Sonstige Beschwerden   |   |                      |  |