



FRAGEBOGEN Teil 1

zur Erstvorstellung in der Rheumaambulanz

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie wünschen sich eine Abklärung Ihrer Beschwerden in unserer Rheumaambulanz. Die folgenden Fragen geben uns wichtige Informationen über Sie und Ihre Symptome. Ihre Antworten helfen uns bei der ersten Erfassung, Einordnung und Beurteilung Ihres Krankheitsbildes. Daher ist der vollständig ausgefüllte Fragebogen eine Voraussetzung für die Bearbeitung Ihrer Terminanfrage. Bitte beachten Sie auch die folgenden Hinweise:

- ✓ Aus Kapazitätsgründen können wir in der Regel nur Patienten aus unserer Region in unserer Ambulanz behandeln. Sollten Sie einen weiten Anfahrtsweg zu uns haben, fragen Sie uns ggf. vor Ausfüllen des Fragebogens, ob bei Ihren Beschwerden /Krankheitsbild eine rheumatologische Versorgung näher an Ihrem Wohnort verfügbar ist und bei Ihrer Anfrage empfohlen wird.
- ✓ Sollten Sie bereits zur Abklärung oder Behandlung einen Rheumatologen aufgesucht haben, kann in den meisten Fällen nur ein Termin zur Mitbeurteilung bei schriftlicher Anfrage des bisher behandelnden Rheumatologen vergeben werden. Legen Sie in jedem Fall bisherige rheumatologische Befunde in Kopie dem Fragebogen bei und füllen Sie die Übersicht zu Ihrer bisherigen rheumatologischen Therapie aus (Fragebogen Teil 2, über unsere Webseite und die unten genannten Kontaktdaten erhältlich).
- ✓ Sie waren bereits früher bei uns vorstellig? Wenn der letzte Termin bei uns mehr als 3 Jahre her ist, füllen Sie bitte den Fragebogen erneut aus. Bei weniger als 3 Jahren kontaktieren Sie uns wegen eines Kontrolltermins unter den u.g. Kontaktdaten.
- ✓ Sofern bereits Untersuchungen (z.B. Blutwerte, MRT, Röntgen) erfolgt sind, legen Sie bitte die Befunde und Arztbriefe in Kopie Ihrer Anfrage bei. Bitte schicken Sie uns keine Originaldokumente zu, eine Rückgabe an Sie kann nicht gewährleistet werden.
- ✓ Ihre Unterlagen mit einer aktuellen Überweisung können Sie bei uns persönlich oder per Post an der Leitstelle der Inneren Medizin V (Sektion Rheumatologie, Universitätsklinikum Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg), per Mail (termin.wunsch@med.uni-heidelberg.de) oder per Fax (06221 - 56 4920) einreichen.
- ✓ In der Regel geben wir Ihnen innerhalb von 2-3 Wochen schriftlich Bescheid, ob und ggf. wann ein Termin zustande kommt.

(A) INFORMATIONEN ZU IHRER PERSON bitte komplett ausfüllen:

Name, Vorname: _____	geboren am: _____	Bitte rechten Rand für unsere Bemerkungen freilassen
Straße, Hausnr.: _____	Telefon: _____	
PLZ, Wohnort: _____	Email: _____	

(Zuletzt) Ausgeübter Beruf: _____

Stunden / Woche: _____ **Schichtdienst** _____

berentet, seit: _____ **vorzeitig berentet wegen:** _____

Arbeitsunfähigkeit: seit wann? _____

Pflege von Angehörigen _____

Kontakt mit Gefahrenstoffen: welche, wie lang? _____

Schwere körperliche Arbeit: welcher Art? _____

Wohnsituation: **alleinlebend** **Angehörige im gleichen Haushalt / Umgebung**

Grad der Behinderung: wie hoch (%), warum? _____

Pflegegrad: wie hoch? _____

Unterstützung oder Hilfsmittelnutzung im Alltag: _____

Regelmäßige Physio-/Ergotherapie, Logopädie: _____

Rehamaßnahme(n): warum, wann? _____

Folgende Ärzte sollen Arztbriefe erhalten: **keine, nur an meine Privatadresse adressieren**

Ihr Hausarzt: _____ **Adresse:** _____

Ihr Facharzt: _____ **Adresse:** _____

(B) BISHERIGER KRANKHEITSVERLAUF bitte komplett ausfüllen:

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

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? _____

Bitte rechten Rand für unsere
Bemerkungen freilassen

(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

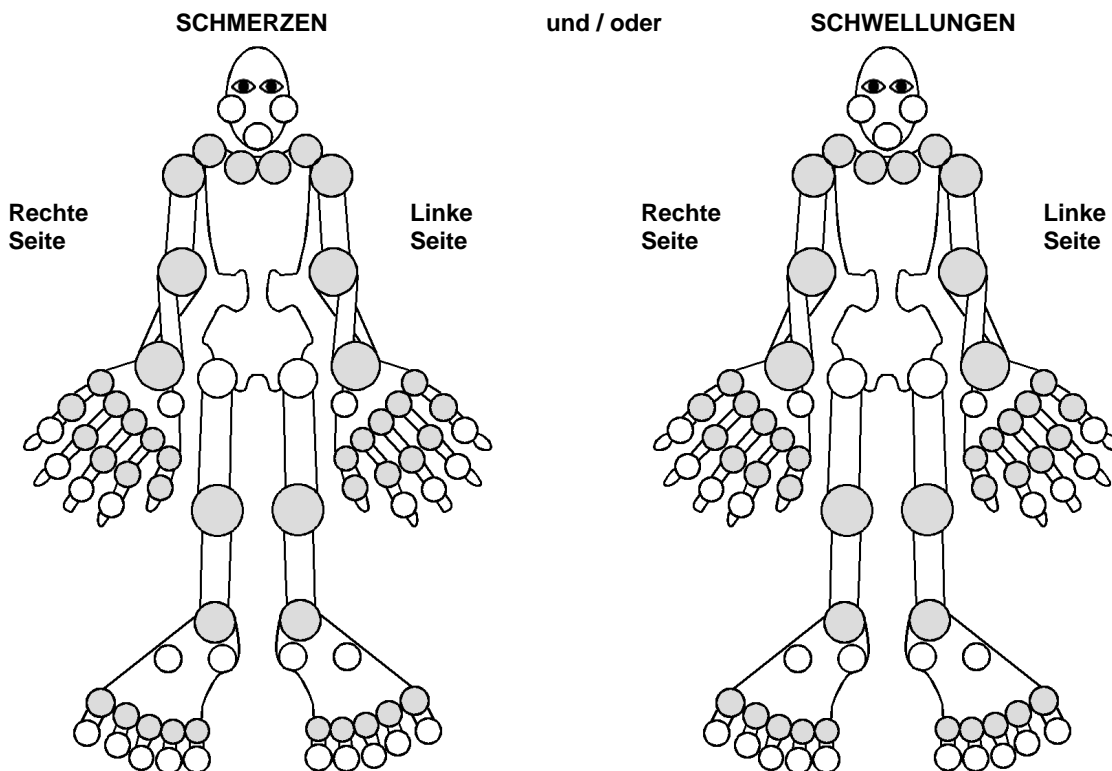
Haben Sie Schmerzen an der Wirbelsäule? nie ja → bitte ausfüllen und Stellen markieren:
 Wann erstmals? _____ Wann zuletzt? _____

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? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> täglich Augentropfen notwendig |
| Haben / hatten Sie eine Augenentzündung? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> Uveitis augenärztlich bestätigt |
| Haben / hatten Sie einen plötzlichen Sehverlust? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> augenärztlich bestätigt |

Haben Sie Beschwerden im Mundbereich?

nein ja → bitte ausfüllen:

- | | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------|---|
| Haben Sie einen sehr trockenen Mund? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> Nachtrinken fürs Schlucken nötig |
| Haben Sie häufig Schluckstörungen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Haben Sie häufig Aphthen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> mehrere gleichzeitig |
| Hat sich Ihre Mundöffnung verkleinert? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> vom Zahnarzt bestätigt |
| Sind / waren die Speicheldrüsen geschwollen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> vom HNO-Arzt bestätigt |

Haben Sie Beschwerden an den Ohren?

nein ja → bitte ausfüllen:

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| Sind Sie schwerhörig? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Haben Sie häufig Ohrenentzündungen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |

Haben Sie Nasen- oder Nebenhöhlenprobleme?

nein ja → bitte ausfüllen:

- | | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| Haben Sie häufig Nasenbluten? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Haben Sie häufig offene Stellen in der Nase? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> 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? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> in Ruhe wieder gebessert |
| Sind Ihnen andere Auslöser aufgefallen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und zwar: | _____ |

Haben Sie Lungen- oder Atembeschwerden?

nein ja → bitte ausfüllen:

- | | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| Leiden Sie häufig unter Atemnot? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> auch in Ruhe |
| Haben Sie beim Einatmen Brustschmerzen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Haben Sie neuen oder anhaltenden Husten? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> 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.					