



ANAMNESEBOGEN

Systemische Arthritis

Ihre Daten:

Name:

Geburtsdatum: / / Größe: cm, Gewicht: kg

Sie wurden von Ihrem behandelnden Arzt einer Untersuchung der Hände, Füße oder Gelenke zugewiesen. Um die Untersuchung bestmöglich durchführen zu können, brauchen wir Ihre Hilfe. Bitte beantworten Sie folgende Fragen und markieren Sie die schmerzhaften Gelenke auf der nächsten Seite.

Bestehen Ihre Beschwerden länger als 6 Monate? Nein Ja

Wurden Sie schon einmal von einem Rheumatologen untersucht? Nein Ja

Gibt es bereits eine Diagnose einer systemischen Arthropathie?

Nein Ja Wenn ja, wie lautet sie: Psoriasisarthritis rheumatoide Arthritis
 Dermatomyositis sonstige:

Wird diese Erkrankung momentan behandelt?

Nein Ja Wenn ja, womit und wie lange?

Wenn Sie NOCH NICHT beim Rheumatologen waren, beantworten Sie bitte auch folgende Fragen:

Hatten Sie jemals Gelenkschwellungen, die länger als 3 Monate anhielten? Nein Ja

Hatten Sie jemals eine morgendliche Gelenksteifigkeit mit einer Dauer von über einer Stunde, die insgesamt mehr als 6 Wochen anhielt? Nein Ja

Hatten Sie jemals Knötchen oder Beulen unter der Haut im Bereich des Ellenbogens bzw. Knöchels? Nein Ja

Hatten Sie jemals eine Schwellung in einem der folgenden Gelenke, die mehr als 6 Wochen anhielt?

Handgelenk kleine Fingergelenke (aber nicht die Gelenke an den Fingerenden)
 Ellenbogen Knie

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Blutuntersuchung auf chronische Polyarthrit (Rheumatoide Arthritis) durchgeführt?

Nein Ja Wenn ja, war das Resultat: positiv negativ weiß nicht

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Blutuntersuchung auf „Lupus“ durchgeführt (antinukleäre Antikörper, ANA, FANA und Lupus-Zelltest)?

Nein Ja Wenn ja, war das Resultat: positiv negativ weiß nicht

Sind Ihre Finger ungewöhnlich kälteempfindlich? Nein Ja

Hatten Ihre Finger jemals ungewöhnliche Verfärbungen bei Kälte angezeigt?

Nein Ja Wenn ja, war das Resultat: weiß blau lila rot

Hatten Sie entzündete Stellen im Mund, die länger als 2 Wochen bestanden? Nein Ja

Hautausschlag im Bereich der Wangen, der länger als einen Monat bestand? Nein Ja

Hautausschlag nach Aufenthalt in der Sonne (Nicht Sonnenbrand)? Nein Ja

Rippenfellentzündung oder Schmerzen im Brustkorbbereich für mehrere Tage, die beim tiefen Einatmen zunahmen? Nein Ja

Ausgeprägter Haarausfall in kürzerer Zeit? Nein Ja

Sind Ihre Finger ungewöhnlich kälteempfindlich? Nein Ja

Hautverdickungen oder Hautspannung in den Armen, Beinen, Gesicht, Hals oder Körperstamm?

Nein Ja

Hautverdickungen oder Hautspannung an Fingern oder Zehen? Nein Ja

Entzündete Stellen an den Fingerkuppen, die Narben hinterlassen haben? Nein Ja

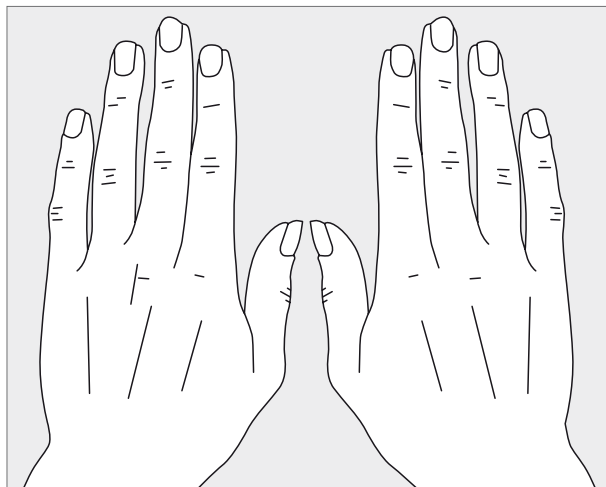
Muskelschwäche für länger als 3 Monate? Nein Ja

Hat Ihnen ein Arzt jemals gesagt, dass Sie Folgendes haben?

Anämie Wenig weiße Blutkörperchen Wenig Blutplättchen
 Eiweiß im Urin Diskoider Lupus Lungenfibrose Hohe „CK“ (Muskelenzym)

Haben Sie Schuppenflechte? Nein Ja

Bitte zeichnen Sie die schmerzhaften Gelenke ein:



Anmerkungen:

.....