

Datum:



RhePro: Anamnesebogen für den 1. Termin

1. Rheumatologische Erkrankung: Welche rheumatologische Diagnose liegt bei Ihnen vor?

- Rheumatoide Arthritis
- Systemic Lupus Erythematosus (SLE)
- Spondyloarthritis
- Kollagenose (MCTD, Sjögen, Myositis)
- Psoriasisarthritis
- Juvenile idiopathische Arthritis
- Autoinflammatorisches Syndrom
- Vaskulitis

Jahr der Erstdiagnose: _____

Diagnose unklar/unbekannt

2. Allgemeine Angaben:

Körpergröße: _____ cm

Gewicht: _____ kg

3. Vorgeschichte Schwangerschaft: Waren Sie schon einmal schwanger? ja nein

Anzahl lebendgeborener Kinder: _____

Hatten Sie jemals Schwangerschaften mit:

Anzahl Fehlgeburten (vor der 20.SSW): _____

(Prä)-Eklampsien
(=Schwangerschaftsvergiftung):

Anzahl Todgeburten (nach der 20.SSW): _____

Ja Nein

Anzahl Schwangerschaftsabbrüche: _____

Kindlichem Herz-Block:
 Ja Nein

Wenn Sie noch keine Kinder haben, springen Sie bitte zur Frage 4.

Nähere Angaben zu dem Kind/den Kindern:

	Geburtsjahr	Schwangerschaftswoche bei der Geburt	Geburtsgewicht
1. Kind			
2. Kind			
3. Kind			

Sind bei dem Kind/den Kindern gesundheitliche Probleme oder Erkrankungen bekannt?

ja nein

Wenn ja, welche Erkrankung und bei welchem Kind:

4. Begleiterkrankungen

Sind bei Ihnen einer der folgenden Begleiterkrankung/Organmanifestation aufgetreten:

<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1/2	<input type="checkbox"/> chronische Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Depression
<input type="checkbox"/> Anti-Phospholipid-Syndrom	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Pulmonale Hypertonie
<input type="checkbox"/> Thrombose oder Embolie	<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Sjögren-Syndrom
<input type="checkbox"/> autoimmune Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Regenbogenhautentzündung des Auges (= Uveitis)	
<input type="checkbox"/> Erkrankung der Niere (bitte spezifizieren):		

Sind bei Ihnen folgenden Erkrankungen bekannt?

<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> Leukämie
<input type="checkbox"/> chronische Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> chronische Magen/Darm Erkrankung	<input type="checkbox"/> chronische Virusinfektion (HIV, Hepatitis)
<input type="checkbox"/> Fibromyalgie	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> inaktive Tuberkulose
<input type="checkbox"/> bösartiger Tumor	<input type="checkbox"/> Hyperlipoproteinämie (=Erhöhte Blutfette)	

Sonstige Erkrankungen, die nicht in den beiden Tabellen aufgeführt waren:

--

5. Persönliche Situation und Beruf:

Welche Personen leben in ihrem Haushalt:

- (Ehe-)Partner
- Kinder
- andere Personen
- ich lebe alleine

Familienstand:

- ledig
- verheiratet
- getrennt lebend
- feste Partnerschaft
- verwitwet
- geschieden

Schulabschluss:

- keinen Schulabschluss
- Hauptschulabschluss
- Matura

Berufsausbildung:

- keine
- Lehre
- im Beruf angelernt
- Universität/Fachhochschule

Berufliche Situation:

- Vollzeit erwerbstätig
- Teilzeit erwerbstätig
- in Ausbildung/Umschulung
- Hausfrau
- arbeitslos
- pensioniert

6. Erwartungen in Bezug zur Schwangerschaft

Glauben Sie, dass sich Ihre rheumatische Erkrankung in der Schwangerschaft verändert?

- eher verbessert eher verschlechtert keine Veränderung

Machen Sie sich aufgrund Ihrer rheumatischen Erkrankung Sorgen in Bezug auf die Schwangerschaft und die Gesundheit Ihres Kindes?

- überhaupt keine eher keine eher ja sehr große Sorgen

Machen Sie sich wegen Ihrer medikamentösen Therapie Sorgen in Bezug auf die Schwangerschaft und die Gesundheit Ihres Kindes?

- überhaupt keine eher keine eher ja sehr große Sorgen

Wurde bei Ihnen wegen der geplanten Schwangerschaft eine Therapieumstellung vorgenommen?

- ja nein

7. „Kinderwunsch“- Behandlung

Wie lange besteht/bestand bei Ihnen bereits ein konkreter Kinderwunsch: Monate

Haben Sie eine Kinderwunsch-Beratung oder Behandlung in Anspruch genommen?

<input type="checkbox"/> ja, zur Beratung	
<input type="checkbox"/> ja, für weiterführende Untersuchungen:	Ergebnis der Untersuchungen: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: (bitte näher beschreiben) _____
<input type="checkbox"/> ja, zur Behandlung:	Folgende Behandlungen wurden durchgeführt: <input type="checkbox"/> Medikamentöse Behandlung (z.B. zum Auslösen des Eisprunges) <input type="checkbox"/> In-vitro-Fertilisation (IVF) <input type="checkbox"/> Operative Behandlung (z.B. Bauchspiegelung) <input type="checkbox"/> Andere Behandlung: (bitte näher beschreiben) _____
<input type="checkbox"/> nein, wurde nicht in Anspruch genommen	

Wurden wegen des Kinderwunsches bei Ihrem Partner Untersuchungen oder Behandlungen vorgenommen?

<input type="checkbox"/> ja, ein Spermogramm	
<input type="checkbox"/> ja, weiterführende Untersuchungen	Ergebnis der Untersuchungen: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: (bitte näher beschreiben) _____
<input type="checkbox"/> ja, eine Behandlung wurde vorgenommen	Folgende Behandlungen wurden durchgeführt: <input type="checkbox"/> Medikamentöse Behandlung <input type="checkbox"/> Operative Behandlung <input type="checkbox"/> andere Behandlung : (bitte näher beschreiben) _____
<input type="checkbox"/> nein, wurde nicht vorgenommen	

8. Verhütung und Zyklus: Wenn Sie aktuell Schwanger sind, bitte zu Frage 9 springen.

Haben Sie in den letzten 6 Monaten verhütet?

<input type="checkbox"/> ja, es wird aktuell verhütet	<input type="checkbox"/> nein, es wurde in den letzten 6 Monaten nicht verhütet
<input type="checkbox"/> Ja, aber die Verhütung wurde vor _____ Monaten beendet	

Welche Verhütungsmethode verwenden Sie aktuell bzw. haben Sie zuletzt verwendet?

<input type="checkbox"/> hormonelle Methode (z.B. Pille/Implanat)	<input type="checkbox"/> Kupferspirale/Hormonspirale /Kupferkette	<input type="checkbox"/> Kondom/Femidom
<input type="checkbox"/> andere Barrieremethode	<input type="checkbox"/> chemische Methode	<input type="checkbox"/> natürliche Verhütung
<input type="checkbox"/> andere:		

Wie lange dauert Ihr Zyklus normalerweise?

<input type="checkbox"/> Regelmäßig und dauert _____ Tage	<input type="checkbox"/> Sehr unregelmäßig
<input type="checkbox"/> Die Regelblutung ist mehr als 6 Monate völlig ausgeblieben	

9. Genussmittel

Rauchen Sie aktuell?

- ja, gelegentlich
- ja, täglich bis zu 5 Zigaretten
- ja, täglich mehr als 5 Zigaretten
- nein, nicht mehr, vor ____ Jahren aufgehört und für ____ Jahre geraucht.
- nein, ich habe nie geraucht

Trinken Sie Alkohol?

- nie
- gelegentlich, und zwar ____ Gläser* pro Woche
- regelmäßig, und zwar ____ Gläser* pro Woche

* 1 Glas entspricht dabei 0,33l Bier, 1/8 Wein oder einem kleinen (2cl) Schnaps

10. Schub

Haben Sie aktuell einen akuten Schub (=deutliche Verschlechterung Ihrer rheumatischen Erkrankung, die bereits über mehrere Tage andauert)?

- ja
- nein

11. Medikamente

Bitte geben Sie alle Medikamente an, die Sie jemals für ihre rheumatische Erkrankung eingenommen haben.

Medikament	Dosis	Datum des Therapiebeginns	Datum des Therapieendes	Grund für das Absetzen?
	_____ mg <input type="checkbox"/> ____ mal täglich <input type="checkbox"/> alle ____ Tage			<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> Nebenwirkung <input type="checkbox"/> anderer
	_____ mg <input type="checkbox"/> ____ mal täglich <input type="checkbox"/> alle ____ Tage			<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> Nebenwirkung <input type="checkbox"/> anderer
	_____ mg <input type="checkbox"/> ____ mal täglich <input type="checkbox"/> alle ____ Tage			<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> Nebenwirkung <input type="checkbox"/> anderer
	_____ mg <input type="checkbox"/> ____ mal täglich <input type="checkbox"/> alle ____ Tage			<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> Nebenwirkung <input type="checkbox"/> anderer
	_____ mg <input type="checkbox"/> ____ mal täglich <input type="checkbox"/> alle ____ Tage			<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> Nebenwirkung <input type="checkbox"/> anderes
	_____ mg <input type="checkbox"/> ____ mal täglich <input type="checkbox"/> alle ____ Tage			<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> Nebenwirkung <input type="checkbox"/> anderer
	_____ mg <input type="checkbox"/> ____ mal täglich <input type="checkbox"/> alle ____ Tage			<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> Nebenwirkung <input type="checkbox"/> anderer

Welche Schmerzmittel nehmen Sie aktuell ein bzw. haben Sie in den letzten drei Monaten eingenommen?

Medikamentenname	
	<input type="checkbox"/> aktuelle Therapie <input type="checkbox"/> in den letzten 3 Monaten
	<input type="checkbox"/> aktuelle Therapie <input type="checkbox"/> in den letzten 3 Monaten
	<input type="checkbox"/> aktuelle Therapie <input type="checkbox"/> in den letzten 3 Monaten

Welche weiteren Medikamente nehmen Sie aktuell ein bzw. haben Sie in den letzten drei Monaten eingenommen?

Medikamentenname	
	<input type="checkbox"/> aktuelle Therapie <input type="checkbox"/> in den letzten 3 Monaten
	<input type="checkbox"/> aktuelle Therapie <input type="checkbox"/> in den letzten 3 Monaten
	<input type="checkbox"/> aktuelle Therapie <input type="checkbox"/> in den letzten 3 Monaten
	<input type="checkbox"/> aktuelle Therapie <input type="checkbox"/> in den letzten 3 Monaten
	<input type="checkbox"/> aktuelle Therapie <input type="checkbox"/> in den letzten 3 Monaten

12. RAID-Fragebogen

1. Kreuzen Sie den Wert an, der am besten beschreibt, wie stark Ihre Schmerzen aufgrund Ihrer rheumatologischen Erkrankung in den letzten 7 Tagen waren.

Keine Schmerzen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extreme Schmerzen
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. Kreuzen Sie den Wert an, der am besten beschreibt, wie groß die Schwierigkeiten waren, die Sie aufgrund Ihrer rheumatologischen Erkrankung bei alltäglichen körperlichen Tätigkeiten in den letzten 7 Tagen hatten.

Keine Schwierigkeiten	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extreme Schwierigkeiten
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. Kreuzen Sie den Wert an, der am besten beschreibt, wie stark Ihre Müdigkeit aufgrund Ihrer rheumatologischen Erkrankung in den letzten 7 Tagen war.

Keine Müdigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Völlige Erschöpfung
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Kreuzen Sie den Wert an, der am besten beschreibt, wie viel Schwierigkeiten Sie mit Schlaf (insbesondere nächtlichem Durchschlafen) aufgrund Ihrer rheumatologischen Erkrankung in den letzten 7 Tagen hatten.

Keine Schwierigkeiten	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extreme Schwierigkeiten
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. Wie würden Sie Ihr körperliches Wohlbefinden in den letzten 7 Tagen einschätzen, wenn Sie Ihre rheumatologische Erkrankung insgesamt beurteilen? Kreuzen Sie den Wert an, der am besten das Ausmaß Ihres körperlichen Wohlbefindens beschreibt.

Sehr gut	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sehr schlecht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6. Wie würden Sie Ihr emotionales Wohlbefinden in den letzten 7 Tagen einschätzen, wenn Sie Ihre rheumatologische Erkrankung insgesamt beurteilen? Kreuzen Sie den Wert an, der am besten das Ausmaß Ihres emotionalen Wohlbefindens beschreibt.

Sehr gut	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sehr schlecht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

7. Wie gut konnten Sie in den letzten 7 Tagen mit Ihrer Erkrankung zurechtkommen/umgehen, wenn Sie Ihre rheumatologische Erkrankung insgesamt beurteilen? Kreuzen Sie den zutreffenden Wert an.

Sehr gut	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sehr schlecht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	