

PSORIASIS-ARTHRITIS? TESTEN SIE SICH SELBST MIT DEM PATIENTENFRAGEBOGEN

Vorname: _____	Praxis/ _____
Nachname: _____	Ambulanz: _____
Geburtsdatum: _____	
Telefonnummer: _____	Ort/Datum: _____

BITTE KREUZEN SIE ENTWEDER „JA“ ODER „NEIN“ AN

	Ja	Nein
1 Haben Sie schon einmal Gelenkschmerzen gehabt, die mit einer Schwellung eines Gelenkes einhergingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 War bei Ihnen schon einmal ein ganzer Finger oder Zeh dick?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Haben Sie schon einmal Gelenkschmerzen gehabt, die mit einer Rötung eines Gelenkes einhergingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 A Fühlten sich schon mal Ihre Gelenke nach dem Aufwachen morgens steif an? B Wenn ja, wie lange hielt / hält diese Steifigkeit an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Haben Sie schon einmal daran gedacht, dass Sie an einer Gelenkerkrankung leiden könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Haben Sie schon einmal einen Arzt wegen Gelenksbeschwerden kontaktiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Wurde bei Ihnen jemals die Diagnose einer Arthritis gestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Haben Sie schon einmal Medikamente zur Behandlung von Gelenkschmerzen eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Litten Sie schon einmal an mindestens 3 Tagen der Woche an Rücken- oder Gesäßschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Wenn ja, waren oder sind diese Rücken-oder Gesäßschmerzen ... in den frühen Morgenstunden am schlimmsten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 ... bessern sich diese bei Bewegung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 ... dauern diese in Ruhe an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 ... gehen diese mit einer Steifigkeit am Morgen einher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Wenn Sie eine der Fragen mit „ JA “ beantwortet haben: Seit wann haben Sie diese Beschwerden?		

Mehr als 1 Woche	Mehr als 1 Monat	Mehr als 3 Monate	Mehr als 6 Monate	Mehr als 1 Jahr	Mehr als 3 Jahre	Mehr als 5 Jahre
---------------------	---------------------	----------------------	----------------------	--------------------	---------------------	---------------------

Bitte kreuzen Sie das entsprechende Kästchen an.

BITTE PRÜFEN SIE, OB SIE WIRKLICH ALLE FRAGEN BEANTWORTET HABEN. VIELEN DANK!

Wenn Sie unter Psoriasis leiden und 4 oder mehr Fragen mit „Ja“ beantwortet haben,
sprechen Sie Ihren behandelnden Arzt auf Ihre Beschwerden an.