

PSORIASIS-ARTHRITIS?

TESTEN SIE SICH SELBST MIT DEM PATIENTENFRAGEBOGEN

Vorname: _____	Praxis/ Ambulanz: _____
Nachname: _____	_____
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 Gelenkbeschwerden 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.

(05/2019) Referenz: Modifiziert nach Härle, P., Hartung, W., Lehmann, P. et al., GEPARD-Patientenfragebogen, Z. Rheumatol. (2010) 69: 157