

Funktionsfragebogen Rheumatologie + Medikamenteneinnahme

Nummer: PI-00113

Vorstellungstag: _____

Name, Vorname

Geburtsdatum

In den folgenden 18 Fragen geht es um die Tätigkeiten aus dem täglichen Leben.

Bitte beachten Sie jede Frage so, wie es für Sie im Moment (wir meinen in Bezug auf die letzten 7 Tage) zutrifft.

Sie haben drei Antwortmöglichkeiten:

Sie haben drei Antwortmöglichkeiten		Ja	Ja, aber mit Mühe	Nein oder nur mit fremder Hilfe
1	Können Sie Brot streichen?	[1]	[2]	[3]
2	Können Sie aus einem normalen hohen Bett aufstehen?	[1]	[2]	[3]
3	Können Sie mit der Hand schreiben? (mindestens eine Postkarte)	[1]	[2]	[3]
4	Können Sie Wasserhähne auf- und zudrehen?	[1]	[2]	[3]
5	Können Sie sich strecken, um z. B. ein Buch von einem hohen Regal oder Schrank zu holen?	[1]	[2]	[3]
6	Können Sie einen mind. 10 kg schweren Gegenstand (z. B. einen vollen Wassereimer oder Koffer) hochheben und 10 m weit tragen?	[1]	[2]	[3]
7	Können Sie sich von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen?	[1]	[2]	[3]
8	Können Sie sich bücken und einen leichten Gegenstand (z. B. ein Geldstück oder ein zerknülltes Papier) vom Fußboden aufheben?	[1]	[2]	[3]
9	Können Sie sich über einem Waschbecken die Haare waschen?	[1]	[2]	[3]
10	Können Sie eine Stunde auf einem ungepolsterten Stuhl sitzen?	[1]	[2]	[3]
11	Können Sie 30 min ohne Unterbrechung stehen? (z. B. in einer Warteschlange)	[1]	[2]	[3]
12	Können Sie sich im Bett aus der Rückenlage aufsetzen?	[1]	[2]	[3]
13	Können Sie sich Strümpfe an- und ausziehen?	[1]	[2]	[3]
14	Können Sie im Sitzen einen runtergefallenen Gegenstand (z. B. eine Münze) neben dem Stuhl aufheben?	[1]	[2]	[3]
15	Können Sie einen schweren Gegenstand (z. B. einen gefüllten Kasten Mineralwasser) vom Boden auf den Tisch stellen?	[1]	[2]	[3]
16	Können Sie eine Wintermantel an- und ausziehen?	[1]	[2]	[3]
17	Können Sie ca. 100 m schnell laufen (nicht gehen), etwa um einen Bus zu erreichen?	[1]	[2]	[3]
18	Können Sie öffentliche Verkehrsmittel (Bus, Bahn, usw.) benutzen?	[1]	[2]	[3]

Patientenurteil zur Krankheitsaktivität:

Wie aktiv ist Ihre rheum. Arthritis in den letzten 7 Tagen gewesen? Bitte beurteilen Sie Ihre Beschwerden mit einem Strich:

gesund



0

50

100

Schub



Patientenurteil in mm (VASP):

Arzturteil in mm (VASA):

Liebe Patientin, lieber Patient,

um eine kontinuierliche und umfassende ärztliche Versorgung zu gewährleisten, benötigen wir eine genaue Liste Ihrer Medikamente, die Sie zurzeit einnehmen.

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Ihre Größe: _____ Ihr Gewicht: _____

Nehmen Sie z. Z. Cortison ein? nein ja _____ mg/Tag
seit _____
Präparatname: _____

Nehmen Sie Vitamin D und Calcium? nein ja
Präparatname: _____

Alle Medikamente
auch Hormone, Verhütungsmittel, Alternativtherapeutika, Nahrungsergänzungsmittel

Name/Stärke	morgens	mittags	abends	Wirkung			
				sehr gut	gut	ausreichend	ungenügend

Bei nicht zufriedenstellender Wirkung beschreiben Sie bitte Ihre Beschwerden:

Haben Sie den Wunsch, an der Therapie etwas zu ändern?

nein ja

Besonderheiten und Anmerkungen:

