

## Fragebogen für Patienten mit Psoriasis

Vor- und Nachname : \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum : \_\_\_\_\_  
 Telefonnummer : \_\_\_\_\_  
 Praxis / Ambulanz : \_\_\_\_\_

*Bitte kreuzen Sie entweder „JA“ oder „Nein“ an.*

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

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.*