

## 7. Anhang

Regionales Rheumazentrum Berlin
---------------------------------------

### **ALLERGISCHE SYMPTOME BEI RHEUMA**

Bitte alle Fragen möglichst wahrheitsgemäß beantworten. Wenn Sie sich nicht sicher sind, antworten Sie mit 'Nein'. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und nur zu wissenschaftlichen Zwecken genutzt.

---

#### **Teil A**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Hatten Sie jemals in den letzten 12 Monaten ein pfeifendes oder brummendes Geräusch in Ihrem Brustkorb? | NEIN                     | JA                       |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.1. Wenn ja, hatten Sie jemals Atemnot, als dieses pfeifende Geräusch auftrat ?                           | NEIN                     | JA                       |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2. Hatten Sie dieses Pfeifen oder Brummen, wenn Sie nicht erkältet waren?                                | NEIN                     | JA                       |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sind Sie irgendwann in den letzten 12 Monaten mit einem Engegefühl im Brustkorb aufgewacht?             | NEIN                     | JA                       |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sind Sie irgendwann in den letzten 12 Monaten durch einen Anfall von Atemnot aufgewacht?                | NEIN                     | JA                       |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sind Sie irgendwann in den letzten 12 Monaten wegen eines Hustenanfalls aufgewacht ?                    | NEIN                     | JA                       |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Haben Sie in den letzten 12 Monaten einen Asthmaanfall gehabt? NEIN JA
6. Nehmen Sie derzeit irgendeine Medizin (zum Beispiel Inhalationen, Dosieraerosole (Sprays) oder Tabletten gegen Asthma? NEIN JA
7. Hatten Sie jemals Probleme mit einer kribbelnden, laufenden oder auch verstopften Nase, **ohne** daß gleichzeitig eine Erkältung oder ein grippaler Infekt vorlagen ? NEIN JA
- 7.1. Wenn ja, hatten Sie auch in den letzten 12 Monaten Probleme mit einer kribbelnden, laufenden oder auch verstopften Nase, **ohne** daß gleichzeitig eine Erkältung oder ein grippaler Infekt vorlagen? NEIN JA
- 7.2. Wenn ja, litten Sie in den letzten 12 Monaten während dieser Nasen-Beschwerden auch unter juckenden und tränenden Augen? NEIN JA
- 7.3. Wenn Sie in den letzten 12 Monaten diese Nasen-Beschwerden hatten, in welchem Monat traten sie auf ? (Mehrere Monate können angegeben werden)
- Januar  Februar  März  April  Mai  Juni  Juli  August   
September  Oktober  November  Dezember

8. Hatten Sie jemals einen juckenden Hautausschlag, der über mindestens 6 Monate kam und ging? NEIN JA
- 8.1. Wenn ja, hatten Sie diesen juckenden Hautausschlag zu irgendeinem Zeitpunkt in den letzten 12 Monaten? NEIN JA
- 8.2. Wenn Sie diesen juckenden Hautausschlag hatten, war zu irgendeinem Zeitpunkt mindestens eine der folgenden Lokalisationen betroffen: NEIN JA  
   
die Ellenbeugen, die Kniekehlen, die Vorderseite der Sprunggelenke, das Gesäß, der Hals, die Ohren oder die Augen?
9. Wurde bei Ihnen jemals durch einen Arzt eine der folgenden Krankheit diagnostiziert? Zutreffende Krankheit (auch mehrere) bitte ankreuzen.
- Allergisches Asthma
  - Heuschnupfen
  - Neurodermitis / endogenes Ekzem?
  - Handschuh (Latex) - Allergie
  - andere Allergien:.....

---

Ihr Geschlecht:             weiblich             männlich

Ihr Alter:                            ..... Jahre

Bitte geben Sie unten Ihren Namen, Adresse und ggfls. Ihre Telefonnummer an (Angaben freiwillig):

NAME.:

VORNAME:

ADRESSE:

TEL:

Ausgefüllten Fragebogen in den beigelegten Umschlag stecken und per Hauspost zurücksenden.

Für RA-Patienten und AS-Patienten wurde **Frage 10.** sowie **Teil B (mHAQ-Fragebogen)** angefügt:

10. In welchem zeitlichen Zusammenhang zu Ihrer Rheuma-Erkrankung traten die oben erfragten Beschwerden - sofern Sie welche hatten - auf?

Beschwerden bestanden bereits vor der Rheuma-Erkrankung

Beschwerden sind in etwa zeitgleich mit der Rheuma-Erkrankung aufgetreten

Beschwerden sind erst nach Beginn der Rheuma-Erkrankung aufgetreten

### Teil B (Fragen zur aktuellen Krankheitssituation)

1. Sind Sie in der Lage, sich anzukleiden, inkl. Binden von Schnürsenkeln und Schließen von Knöpfen?

ohne jede  
Schwierigkeit

mit einiger  
Schwierigkeit

mit großer  
Schwierigkeit

nicht in  
der Lage

2. Sind Sie in der Lage, sich ins Bett zu legen und wieder aufzustehen?

ohne jede  
Schwierigkeit

mit einiger  
Schwierigkeit

mit großer  
Schwierigkeit

nicht in  
der Lage

3. Sind Sie in der Lage, ein volles Glas an den Mund zu heben?

ohne jede  
Schwierigkeit

mit einiger  
Schwierigkeit

mit großer  
Schwierigkeit

nicht in  
der Lage

4. Sind Sie in der Lage, auf einer Fläche spazierenzugehen?

ohne jede Schwierigkeit	mit einiger Schwierigkeit	mit großer Schwierigkeit	nicht in der Lage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Sind Sie in der Lage, Ihren ganzen Körper zu waschen und sich abzutrocknen?

ohne jede Schwierigkeit	mit einiger Schwierigkeit	mit großer Schwierigkeit	nicht in der Lage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Sind Sie in der Lage, sich zu bücken, um Kleidungsstücke vom Boden aufzuheben?

ohne jede Schwierigkeit	mit einiger Schwierigkeit	mit großer Schwierigkeit	nicht in der Lage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Sind Sie in der Lage, Wasserhähne auf- und zuzudrehen?

ohne jede Schwierigkeit	mit einiger Schwierigkeit	mit großer Schwierigkeit	nicht in der Lage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Sind Sie in der Lage, ins Auto zu steigen und auszusteigen?

ohne jede Schwierigkeit	mit einiger Schwierigkeit	mit großer Schwierigkeit	nicht in der Lage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## KORTISON

1. Nehmen Sie zur Zeit Kortison? Ja    Nein
  
2. Haben Sie in den letzten zwölf Monaten  
Kortison eingenommen?  
(ununterbrochen oder nur best. Zeitraum?) Ja    Nein
  
3. Wenn ja, in welcher Dosierung?  
Können Sie eine mittlere Dosis angeben?
  
4. Seit wievielen Jahren nehmen Sie Kortison ein?

Nehmen Sie andere Medikamente im Rahmen Ihrer Rheuma-Erkrankung?      Ja    Nein

Wenn ja, welche?

Gold (z.B. i.m.:Tauredon, oral:Ridaura)

MTX (z.B. Lantarel)

D-Penicillamin (z.B. Metalcaptase)

Cyclosporin A (z.B. Sandimmun)

Quensyl (z.B. Hydroxychloroquin)

Azathioprin (z.B. Imurek)

Sulfasalazin (z.B. Azulfidine)

6. Wenn Sie Heuschnupfen haben:

Hatten Sie im letzten Frühjahr/Sommer noch Heuschnupfen?      Ja    Nein

7. Wenn "Nein", können Sie ungefähr sagen, wann er aufgehört hat?

Bestand ein Zusammenhang mit Ihrer Rheumaerkr.?    Ja    Nein