

## Fragebogen zur Sklerodermie

### Personendaten

Familienname

Vorname

Geburtsdatum

Heutiges Datum

### Allgemeine Anamnese

#### Für alle Patienten

Wann haben die Beschwerden begonnen?

Was haben Sie für Beschwerden?

Ist Ihre Diagnose schon gestellt worden?

Welche Therapie haben Sie aufgrund der Beschwerden bis dato erhalten?

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit regelmäßig ein?

Waren Sie früher mit den Beschwerden bei einem anderen Spezialisten? Wo, bei wem?

Haben Sie Kopien von Ihren früheren Befunden?  
(Bitte alle Vorbefunde mitbringen!)

Welche chronische Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Leiden Sie unter Allergien? Wenn ja, wogegen?

Besitzen Sie einen Allergiepass?	
Haben Sie Medikamentenallergien? Wenn ja, gegen welche Arzneimittel?	
Was ist Ihr aktueller Beruf?	
Wieviel Kinder haben Sie?	
Sind bei den Kindern Vorerkrankungen bekannt? Welche?	
Sind Erbkrankheiten in der Familie bekannt?	
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wieviel pro Tag?	
<b>Für Patientinnen</b>	
Waren Sie schon mal schwanger? Wenn ja, wie oft?	
Nehmen Sie regelmäßig Pillen für Schwangerschaftsverhütung? Wenn ja, welche?	
Sind Sie aktuell schwanger? Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche sind Sie?	

<b>Bitte beantworten Sie folgende Fragen mit Ja oder Nein</b>
---

<b>Spezifische Anamnese</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Arbeiten Sie häufig in einer kalten Umgebung?		
Müssen Sie mit einem Gerät arbeiten, das starke Vibration den Händen übermittelt?		
Hatten Sie beruflichen Kontakt zu Vinylchlorid?		
Haben Sie früher Arsenpräparate eingenommen?		
Ist bei Ihnen je ein CT oder MR Untersuchung mit Kontrastmittel durchgeführt worden?		
Ist bei einem Blutsverwandten Sklerodermie bekannt? (z.B. Eltern, Geschwister, Großeltern, Kinder oder Enkelkinder)		
Sind Sie Raucher?		

<b>Vorerkrankungen</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Leiden Sie unter hohem Blutdruck?		
Leiden Sie unter niedrigem Blutdruck?		
Haben Sie Diabetes mellitus?		
Ist jemals eine Krebserkrankung bei Ihnen diagnostiziert worden?		
Haben Sie jemals eine Chemotherapie erhalten?		
Sind Sie aktuell drogenabhängig?		
Hatten Sie eine Organtransplantation?		
Hatten Sie Fieber in der letzten Woche?		
Fühlen Sie sich in letzter Zeit abgeschlagen?		
Hatten Sie jemals eine Thrombose?		

<b>Symptome</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>Haut/Schleimhautbeteiligung</b>		
Beobachten Sie anfallsartiges Abblässen der Finger bei Kälte?		
Wenn ja, häufiger als 5 täglich?		
Leiden Sie unter Schwellungen der Finger?		
Haben Sie offene Stellen an den Fingern?		
Sind bei Ihnen steinharte Stellen unter der Haut zu tasten?		
Beobachten Sie an sich Pigmentstörungen (braunere oder hellere Flecken als die übrige Haut)?		
Haben Sie trockene Haut?		
Leiden Sie unter Mundtrockenheit?		
Leiden Sie unter trockenen Augen?		
Haben Sie eine trockene Genitalschleimhaut?		

<b>Lungenbeteiligung</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Leiden Sie unter Atemnot beim Treppensteigen?		
Leiden Sie unter Atemnot beim Spazierengehen?		
Haben Sie Atemnot bei körperlicher Anstrengung?		
Hatten Sie Episoden von Atemnot in der Vergangenheit?		
Ist bei Ihnen Asthma bekannt?		
Sind bei Ihnen Vorerkrankungen der Lunge bekannt?		

<b>Herzbeteiligung</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Liegt bei Ihnen eine Herzerkrankung vor?		
Leiden Sie unter Herzrhythmusstörungen?		

<b>Magen/Darmbeteiligung</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Leiden Sie unter Sodbrennen?		
Haben Sie Schluckbeschwerden?		
Leiden Sie unter Verstopfung?		
Haben Sie regelmäßig Durchfälle?		

Beteiligung des Zentralen Nervensystems	Ja	Nein
Haben Sie Migräneanfälle?		
Haben Sie sonstige Kopfschmerzen?		
Hatten Sie einen Schlaganfall?		

Nierenbeteiligung	Ja	Nein
Liegt bei Ihnen eine Nierenerkrankung vor?		
War oder ist bei Ihnen Dialyse wegen einer Nierenerkrankung notwendig?		

Muskel- und Gelenkbeteiligung	Ja	Nein
Leiden Sie unter einer eingeschränkten Beweglichkeit der Gelenke?		
Haben Sie die Empfindung, dass Ihre Sehnen über die Gelenke reiben?		
Leiden Sie häufig unter Gelenkschmerzen?		
Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Muskelkraft abnimmt?		

Therapie	
<b>Welche von den folgenden Medikamenten haben Sie <u>regelmäßig</u> angewandt?</b>	
Wundheilsalben oder -cremes	
Kortisonpräparate als Creme oder Salbe (z.B. Ecural, Dermatop, Diprosone)	
Kortisonpräparate als Tabletten (z.B. Urbason oder Decortin Tabl.)	
Medikament(e) gegen Bluthochdruck	
ASS oder Aspirin Tabl.	
Ibuprofen, Ibu, Dolormin, Nurofen oder Aktren Tabl.	
Diclofenac, Diclo, Diclac oder Voltaren Tabl.	
Imurek oder Azathioprin Tabl.	
Methotrexat, Lantarel oder MTX Tabl.	
CellCept Tabl.	
Sandimmun, Cicloral, Ciclosporin oder Immunosporin Kaps.	
Endoxan Tabl.	
Ilomedin Infusionen	
Magensäurereduzierende Tabletten (z.B. Nexium, Omeprazol, Pantozol, Lansoprazol)	
Tracleer Tabl.	

Welche von den Therapien haben Sie <u>regelmäßig</u> angewandt?	
Lymphdrainage	
Krankengymnastik	
Lichttherapie	

Teilnahme an Studien	Ja	Nein
Wären Sie bereit, an einer wissenschaftlichen Studie teilzunehmen?		
Wären Sie bereit, an einer pharmakologischen Studie (Testung von Cremes oder Tabletten) teilzunehmen?		
Dürfen wir Ihre Antworten für wissenschaftliche Forschung (anonym, also ohne Ihren Namen) verwenden?		
Dürfen wir Sie bei zusätzlichen Fragen anschreiben?		
Dürfen wir Sie bei zusätzlichen Fragen anrufen?		
Möchten Sie eine Person berechtigen, Einsicht in Ihre medizinischen Daten zu erhalten?		

Unterschrift