

# Symptom-Evaluation für Bechterew-Betroffene

mit Fokus auf die Früherkennung von Begleiterkrankungen



1.

Bitte nehmen Sie sich **2 Minuten Zeit**, Ihre aktuellen Beschwerden im Zusammenhang mit Ihrer entzündlich-rheumatischen Erkrankung anhand des Fragebogens anzugeben.

Sie erleichtern Ihrem behandelnden Rheumatologen die Klärung Ihrer aktuellen Beschwerden, wenn Sie diesen Fragebogen **ausgefüllt zum Arztbesuch mitbringen**.

Datum: \_\_\_\_\_

2.

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geschlecht  F  M

Alter \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

Diagnose  axiale Spondylarthritis / Morbus Bechterew

Psoriasis Arthritis

undifferenzierte Spondylarthritis

Diagnose seit \_\_\_\_\_

Nikotin  Raucher  Ex-Raucher  Nichtraucher

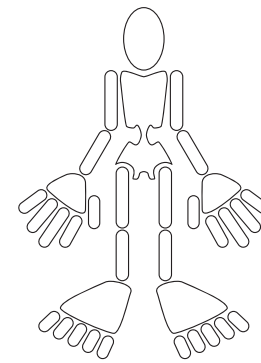
Dieser Inhalt wurde entwickelt von Prof. Dr. Curdin Conrad, Prof. Dr. Justus Garweg, PD Dr. Stefan Kuchen, Dr. Patric Kurmann, Prof. Dr. Andrea Rubbert-Roth, Prof. Dr. Alain Schoepfer, beurteilt von Dr. Michael Andor, PD Dr. Adrian Ciurea, Dr. Pascale Exer, Dr. Rainer Klöti, Dr. Dominik Wyssmann und gestaltet von der AbbVie AG Schweiz.

3.

## FRÜHERKENNUNG – VON BEGLEITERSCHEINUNGEN

Können Sie die Gelenk-/Rückenbeschwerden lokalisieren?

Bitte kreuzen Sie die schmerzenden Gelenke/Abschnitte an.



bechterew.ch  
Schweizerische Vereinigung  
Morbus Bechterew.

Bitte kreuzen Sie entweder «JA» oder «NEIN» an.

Bestehen neben der entzündlich-rheumatischen Erkrankung am Rücken und/oder den Gelenken andere gesundheitliche Beschwerden?

JA  NEIN → eventuell bestanden früher Beschwerden?

NEIN  JA

Können Sie die Beschwerden ausserhalb des Rückens/der Gelenke lokalisieren?



Bitte umkreisen Sie die symptomatischen Problemzonen

4.

Bitte kreuzen Sie den Status Ihrer Beschwerden an

	Akut In den letzten 7 Tagen	Chronisch Mehr als 2 Mal in den letzten 6 Monaten	Früher In den letzten Jahren, keine Symptome in den letzten 6 Monaten
Darmbeschwerden (Durchfall, Bauchschmerzen, Blutabgang)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauterscheinungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislaufbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.

Weitere Beschwerden (bitte Organ/Symptome angeben)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_