

Verdacht auf PSORIASISARTHRITIS PATIENTENFRAGEBOGEN

Patient/in

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Krankenkasse

EARP-Fragebogen (EARP steht für Early Arthritis for Psoriatic Patients)

JA NEIN

Schmerzen die Gelenke?

Haben Sie in den letzten 3 Monaten mehr als 2x/Woche Schmerzmittel (z.B. Voltaren, Ibuprofen) wegen Gelenkschmerzen genommen?

Wachen Sie nachts wegen Rückenschmerzen auf?

Haben Sie eine Morgensteifigkeit in den Händen?

Schmerzen Handgelenke und Finger?

Sind die Handgelenke und Finger geschwollen?

Ist ein Finger mehr als 3 Tage schmerzhaft geschwollen?

Schmerzt ihre Achillessehne?

Schmerzen Ihre Füße oder Sprunggelenke?

Schmerzen Ihre Ellbogen oder Hüften?

PUNKTZAHL (für jedes JA bitte einen Punkt vergeben)

PEST-Fragebogen (PEST steht für Psoriasis Epidemiology. Screening Tool)

JA NEIN

Hatten Sie jemals ein geschwollenes Gelenk/geschwollene Gelenke?

Wurde bei Ihnen von Ihrem Arzt jemals die Diagnose einer Arthritis gestellt?

Befinden sich Löcher oder Gruben auf Finger- oder Zehennägeln?

Haben Sie Schmerzen in Ihrer Ferse?

Hatten Sie jemals einen komplett geschwollenen oder schmerzhaften Finger oder Zeh ohne erkennbare Ursache?

PUNKTZAHL (für jedes JA bitte einen Punkt vergeben)

Bitte kreuzen Sie in der Zeichnung jene Gelenke an, die Ihnen Beschwerden (Steifheit, Schwellung, Schmerzen) bereiten.

