

Die nächsten Fragen beziehen sich auf den **Zeitraum zwischen der letzten regulären und der heutigen Visite** in unserer Rheumaambulanz

17. STATIONÄRE KRANKENHAUSAUFENTHALTE (mindestens 1 Nacht)

Wurden Sie seit Ihrer letzten Visite aufgrund Ihrer chronischen Polyarthrits stationär in einem Krankenhaus behandelt?

- JA NEIN

Wenn JA, wie häufig: ____mal

wie viele Tage insgesamt: ____Tage

- Grund des Aufenthalts: Schub der chronischen Polyarthrits
 Gelenksoperation
 Medikamentenunverträglichkeit
 Sonstige _____

18. TAGESKLINIK (Ohne Nächtigung im Krankenhaus)

Wurden Sie seit Ihrer letzten Visite aufgrund Ihrer chronischen Polyarthrits stationär behandelt ohne im Krankenhaus zu übernachten („Tagesstation“)?

- JA NEIN

Wenn JA:

Wie häufig: _____mal

Aus welchem Grund? _____

19. UNTERSUCHUNGEN

Wurden bei Ihnen aufgrund Ihrer chronischen Polyarthrits seit der letzten Visite spezielle Untersuchungen durchgeführt?

- JA NEIN

Wenn JA, kreuzen Sie bitte an welche (Mehrfachnennung möglich):

- Röntgen Arthroskopie
 Computertomographie CT Ultraschalluntersuchung Gelenke
 Kernspintomographie MRT Ultraschalluntersuchung andere _____
 Knochendichtemessung Sonstiges _____

20. REHABILITATION / KURAUENTHALTE

Hatten Sie aufgrund Ihrer chronischen Polyarthritits seit Ihrer letzten Visite Rehabilitations- oder Kuraufenthalte?

- JA NEIN

Wenn JA, wie viele Tage insgesamt: _____ Tage

wie viele Kosten fielen für Sie an (Selbstbehalt) _____ €

21. AMBULUANTE BEHANDLUNG (Krankenhausambulanzen)

Wurden Sie seit Ihrer letzten Visite aufgrund Ihrer chronischen Polyarthritits ambulant in einem Krankenhaus behandelt?

- JA NEIN

Wenn JA, kreuzen Sie bitte an, in welcher Ambulanz Sie waren (Mehrfachnennung möglich) und geben Sie bitte an wie oft:

- Rheumaambulanz _____ mal
 Orthopädische Ambulanz _____ mal
 Augenambulanz _____ mal
 Hautambulanz _____ mal
 Gefäßambulanz _____ mal
 Sonstiges _____ mal

22. ARZTBESUCHE (niedergelassener Bereich)

Waren Sie seit Ihrer letzten Visite aufgrund Ihrer chronischen Polyarthritits in der Ordination eines Arztes in Behandlung?

- JA NEIN

Wenn JA, kreuzen Sie bitte an, bei wem Sie waren (Mehrfachnennung möglich) und geben Sie bitte an wie oft:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Praktischer Arzt _____ mal | <input type="checkbox"/> Augenarzt _____ mal |
| <input type="checkbox"/> Rheumatologe _____ mal | <input type="checkbox"/> Internist _____ mal |
| <input type="checkbox"/> Orthopäde _____ mal | <input type="checkbox"/> sonstige _____ mal |

23. WEITERE SPEZIALISTEN

Wurden seit Ihrer letzten Visite *aufgrund Ihrer chronischen Polyarthrit* nicht-medikamentöse oder spezielle Behandlungen (z.B. Physiotherapie) durchgeführt?

- JA NEIN

Wenn JA, kreuzen Sie bitte an, welche durchgeführt wurden (Mehrfachnennung möglich) und geben Sie bitte an wie oft diese durchgeführt wurden. Geben Sie bitte auch durch Ankreuzen an ob Ihre Krankenkasse (KK) dafür aufkam, bzw. nennen Sie uns bitte den ungefähren Betrag, den Sie selbst bezahlen mussten:

- Ergotherapie ____ mal
 - KK bezahlt Selbst bezahlt € _____
- Physiotherapie (z.B. Heilgymnastik) ____ mal
 - KK bezahlt Selbst bezahlt € _____
- Physikalische Therapie (z.B. Strom-, Ultraschalltherapie) ____ mal
 - KK bezahlt Selbst bezahlt € _____
- Akupunktur ____ mal
 - KK bezahlt Selbst bezahlt € _____
- Chiropraktiker ____ mal
 - KK bezahlt Selbst bezahlt € _____
- Massagen ____ mal
 - KK bezahlt Selbst bezahlt € _____
- Psychotherapie ____ mal
 - KK bezahlt Selbst bezahlt € _____
- Homöopath ____ mal
 - KK bezahlt Selbst bezahlt € _____
- Sonstige _____ mal
 - KK bezahlt Selbst bezahlt € _____

24. BLUTUNTERSUCHUNGEN

Wurden *aufgrund Ihrer chronischen Polyarthrit* seit Ihrer letzten Visite Blutuntersuchungen / Laborkontrollen abseits der oben genannten Ambulanz- oder Arztbesuche durchgeführt?

- JA NEIN

Wenn JA, geben Sie bitte an wie oft: ____ mal

25. GELENKOPERATIONEN

Wurden aufgrund Ihrer chronischen Polyarthritis seit Ihrer letzten Visite Operationen an Gelenken durchgeführt?

- JA NEIN

Wenn JA, geben Sie bitte an welche(s) Gelenk(e) _____

26. BAULICHE VERÄNDERUNGEN UND HILFSMITTEL

Sind seit Ihrer letzten Visite aufgrund Ihrer chronischen Polyarthritis bauliche oder technische Veränderungen in Ihrer häuslichen Umgebung notwendig gewesen oder mussten Sie sich andere technische Hilfsmittel zulegen?

- JA NEIN

Wenn JA, kreuzen Sie bitte an welche (Mehrfachnennung möglich):

- Bauliche Veränderungen Haus / Wohnung (Rampen, Lift,...)
- Badezimmerveränderungen wie Duschsitz, Toilettensitzerhöhung, Haltegriffe
- Technische Veränderungen am Auto
- Schienen für Hände
- Orthopädische Maßnahmen für Füße wie Schuheinlagen, Absatzerhöhung, ..
- Gehhilfen wie Stöcke, Krücken,...
- Arbeitshilfen
- Hilfsmittel zur Alltagsbewältigung wie Besteck, Dosenöffner, Griffverdickungen, Greifhilfe,...
- Sonstiges _____

Wie viel Geld haben Sie diese Maßnahmen zusammen ungefähr gekostet?

_____ € Krankenkasse bezahlt weiß nicht

27. TRANSPORTKOSTEN

Fielen seit Ihrer letzten Visite *aufgrund der chronischen Polyarthrit*s Reise- bzw. Transportkosten an (z. B Anreise zu Arztbesuchen, Ambulanzvisiten, Therapiestunden, etc.)?

JA

NEIN

Anreise mit Krankentransport (Rettung)

Wenn JA:

a. Wenn das Auto verwendet wurde, bitte schätzen Sie, wie viele Kilometer Sie insgesamt dafür aufbrachten.

_____ km

weiß nicht

b. Wenn Sie Taxi, Bus, Zug oder sonstiges verwendet haben, bitte schätzen Sie, wie viele Kosten für Sie insgesamt anfielen.

€ _____

weiß nicht

28. HEIMHILFE

Benötigten Sie seit Ihrer letzten Visite *aufgrund der chronischen Polyarthrit*s irgendwelche Art von Pflege oder Heimhilfe?

JA

NEIN

Wenn JA, kreuzen Sie bitte an welche Art von Pflege / Heimhilfe benötigt wurde (Mehrfachnennung möglich):

Pflege von Familienangehörigen / Freunden

Pflege durch professionelle Heimhilfen / mobile Krankenpflege

Putzfrau, Haushaltshilfe

andere _____

a. Wenn Sie Pflege oder Hilfe von Familienangehörigen / Freunden oder anderen erhalten haben, wie viele Stunden pro Woche wurde dafür aufgewendet?

_____ h/Woche

weiß nicht

b. Wenn Sie Pflege / Hilfe durch eine professionelle Heimhilfe, mobile Krankenpflege oder Putzfrau bekommen, wie viel Kosten pro Woche fallen dadurch für Sie an?

_____ €/Woche

weiß nicht