

GEPARD-Fragebogen zur Früherkennung von Psoriasis-Arthritis

Patient: Name:

Geb.-Datum:

Erhebungsdatum:

Bitte kreuzen Sie entweder „ja“ oder „nein“ an		ja	nein
1.	Haben Sie schon einmal Gelenkschmerzen gehabt, die mit einer Schwellung eines Gelenkes einhergingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	War bei Ihnen schon einmal ein ganzer Finger oder Zeh dick?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Haben Sie schon einmal Gelenkschmerzen gehabt, die mit einer Rötung eines Gelenkes einhergingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	a. Fühlten sich schon mal Ihre Gelenke nach dem Aufwachen morgens steif an? b. Wenn ja, wie lange hielt/hält diese Steifigkeit an? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Haben Sie schon einmal daran gedacht, dass Sie an einer Gelenkerkrankung leiden könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Haben Sie schon einmal einen Arzt wegen Gelenkbeschwerden kontaktiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Wurde bei Ihnen jemals die Diagnose Arthritis gestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Haben Sie schon einmal Medikamente zur Behandlung von Gelenkschmerzen eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Litten Sie schon einmal an mindestens 3 Tagen der Woche an Rücken- oder Gesäßschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Wenn ja, waren oder sind diese Rücken- oder Gesäßschmerzen..... ...in den frühen Morgenstunden am schlimmsten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	...bessern sich diese bei Bewegung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	...dauern diese in Ruhe an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	...gehen diese mit einer Steifigkeit am Morgen einher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	<p>Wenn Sie eine der Fragen mit „ja“ beantwortet haben: Seit wann haben Sie diese Beschwerden? Bitte kreuzen Sie das entsprechende Kästchen an.</p> <p>>1Woche <input type="checkbox"/> >1 Monat <input type="checkbox"/> >3 Monate <input type="checkbox"/> >6 Monate <input type="checkbox"/></p> <p>>1 Jahr <input type="checkbox"/> >3 Jahre <input type="checkbox"/> >5Jahre <input type="checkbox"/></p>		
15.	<p>Wenn Sie mindestens eine der vorherigen Fragen mit „ja“ beantwortet haben, eine letzte Frage:</p> <p>Haben Sie sich durch die Gelenkbeschwerden in Ihrer Lebensqualität deutlich beeinträchtigt gefühlt?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>