

Datum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

# Checkliste Arztgespräch

Kontrolltermin in der rheumatologischen Praxis  
Axiale Spondyloarthritis

## RINVOQ®-Therapie

Welchen Einfluss hatte die RINVOQ®-Therapie bis jetzt auf Ihr Leben? Wie geht es Ihnen heute? (Zutreffendes bitte ankreuzen, 1 bedeutet „gar nicht“ und 5 „sehr stark“)

### Rückenschmerz

Haben Sie Rückenschmerzen?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

### Nächtlicher Schmerz

Stören nächtliche Schmerzen Ihren Schlaf?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

### Gelenkfunktion

Sind Sie beim Aufheben, Drehen des Körpers, Greifen oder Heben eingeschränkt?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

### Müdigkeit (Fatigue)

Fühlen Sie sich extrem müde, abgeschlagen oder erschöpft?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

### Morgensteifigkeit

Ist Ihre Beweglichkeit nach längerer Ruhe eingeschränkt – besonders morgens?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

### Therapieziel

Wie nah sind Sie Ihrem persönlichen Therapieziel bereits gekommen?

Gar nicht

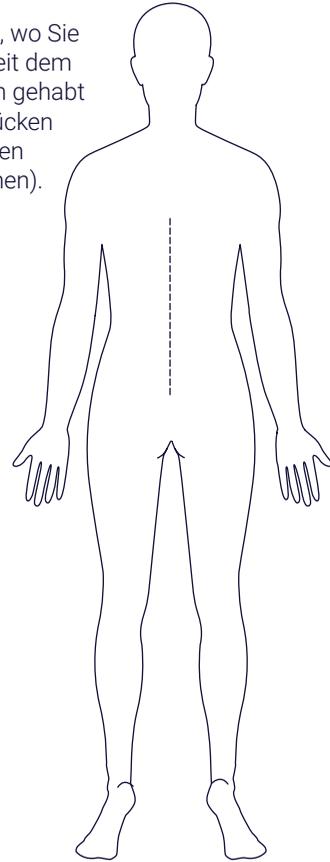
1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Ziel erreicht

Welche Veränderungen Ihrer Beschwerden gab es seit dem letzten Arztbesuch?

### Schmerzen

Markieren Sie, wo Sie Schmerzen seit dem letzten Termin gehabt haben (am Rücken und an weiteren Körperbereichen).



Kommen Sie mit der regelmäßigen Einnahme gut zurecht?

### Ihre Fragen

Welche Fragen haben Sie zur Erkrankung oder zur Therapie?

### Mögliche Begleiterkrankungen

Sind Ihnen Beschwerden aufgefallen, die auf eine Begleiterkrankung hinweisen könnten?

### Weitere Behandlungen

Nehmen Sie neue Medikamente ein oder haben sich Therapien geändert? Waren Sie bei anderen Ärzt\*innen in Behandlung? Wurden Untersuchungen gemacht?