

Datum

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

Checkliste Arztgespräch

Kontrolltermin in der rheumatologischen Praxis
Psoriasis-Arthritis

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“)

Gelenkfunktion

Sind Sie beim Greifen, Heben oder Aufheben 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

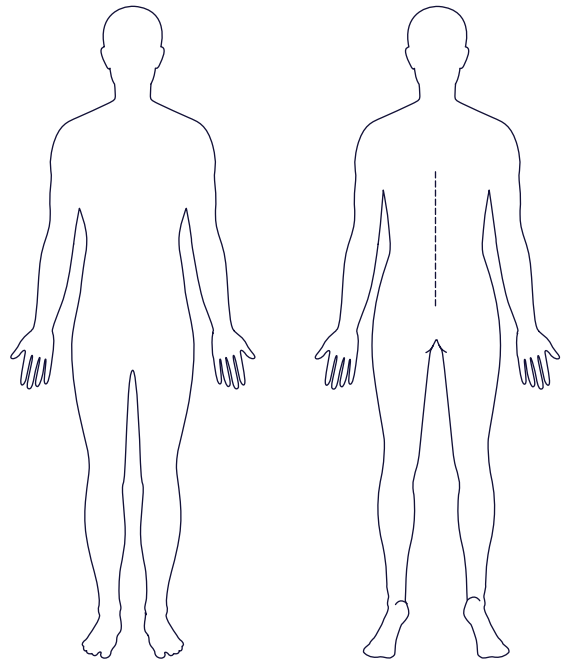
Welche Veränderungen Ihrer Beschwerden gab es seit dem letzten Arztbesuch?

Schmerzen

Markieren Sie, wo Sie Schmerzen seit dem letzten Termin gehabt haben, und notieren Sie daneben, wie stark (1–5).

Hautbild

Schraffieren Sie, wo Sie Schuppenflechte haben, und notieren Sie daneben, wie stark (1–5).



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?