



# RHEUMAPASS

## LANGZEITPROTOKOLL

FÜR PATIENTEN MIT ENTZÜNDLICH-RHEUMATISCHEN ERKRANKUNGEN



**Herausgeber:**

Arbeitskreis RheumaZert

Gesellschaft medizinischer Assistenzberufe  
für Rheumatologie e.V. GmAR



**Thieme**

Der Rheumapass sollte der ständige Begleiter für Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen sein. Der Patient erhält den Rheumapass bei Diagnosestellung durch den Arzt. Der Rheumapass dient dem Patienten als Langzeitprotokoll. Von ärztlicher Seite aus werden die verabreichten Medikamente, Laboruntersuchungen, Röntgenuntersuchungen, Gelenkinjektionen und Operationen eingetragen.

Die Physiotherapeuten und Ergotherapeuten erheben die Gelenkbefunde, die regelmäßig wieder aktualisiert werden müssen (S. 11-29).



**Lieber Patient, dieser Therapiebegleiter verbleibt bei Ihnen. Er bedeutet eine wesentliche Hilfe für Ihren Arzt und damit auch für Sie. Bringen Sie ihn deshalb zu jedem Arztbesuch mit, und bitten Sie den behandelnden Arzt, alle vorgesehenen Informationen einzutragen.**

## **Impressum**

### **Idee und Konzeption**

Arbeitskreis RheumaZert der GmAR

Ute Donhauser Gruber

Prof. Dr. med. Bernhard Lang

# Inhaltsverzeichnis

Nichtsteroidale Antirheumatika / Herkömmliche Basistherapeutika	5
Steroide (systemisch)	6
Spezielle Untersuchungen (Labor)	7
Röntgen/Szintigramm/Kernspin/CT	9
Gelenkinjektionen	10
Rheumatologischer Befund - Finger- und Handgelenke	11
Rheumatologischer Befund - Ellbogengelenk	15
Rheumatologischer Befund - Schultergelenk	17
Rheumatologischer Befund - Hüftgelenk	20
Rheumatologischer Befund - Kniegelenk	22
Rheumatologischer Befund - Fuß- und Zehengelenke	25
Rheumatologischer Befund - Halswirbelsäule	28
Rheumatologischer Befund - Kiefergelenke	29
Disease Activity Score (DAS 28)	31
ACR-Funktionsklassen (1991)	32
Wichtige Adressen	33

# Therapiebegleiter für:

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Wohnort

Geburtsdatum

□□.□□.□□

❖ Diagnose \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

❖ Beginn der Erkrankung:

Erstdiagnose

□□.□□ (MM/JJ)

Erste Symptome seit

□□.□□ (MM/JJ)

❖ Ausstellungsdatum

□□.□□. (MM/JJ)

Stempel und Unterschrift  
des Arztes

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Nichtsteroidale Antirheumatika

Von	bis	Medikament	Befinden	wenn Wechsel, warum
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				

# Herkömmliche Basistherapeutika/Biologika

Von	bis	Medikament	Befinden	wenn Wechsel, warum
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				

Falls Kombi-Therapie, welche \_\_\_\_\_

# Steroide (systemisch)

Von	bis	Medikament	Dosis	Befinden
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				

## Bemerkungen / Besonderheiten (z.B. Nebenwirkungen)

Datum	Art

# Spezielle Untersuchungen (Labor)

Datum	BSG	CRP	Rheuma- faktor	Anti-ccP- Antikörper	ANA	GGT	GOT	GPT



# Spezielle Untersuchungen (Labor)

Hb	Thro	Leuko	Eo	Neu	Ly	Mo	Krea	Urin

# Röntgen/Szintigramm/Kernspin/CT

Datum	Region/Gelenk	Befund*

\* (pathologisch oder o.B.)

# Gelenkinjektionen

Datum	Gelenk	Bemerkungen

# Operationen

Datum	Region/Gelenk	Art der Operation

# Rheumatologischer Befund – Finger- und Handgelenke

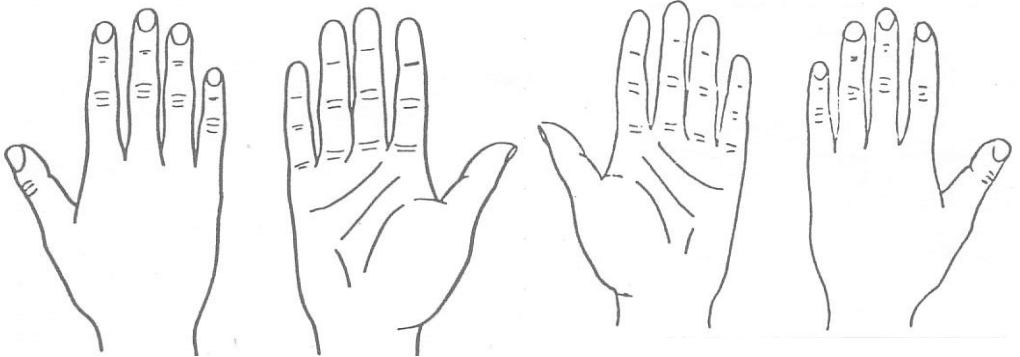
Datum \_\_\_\_\_

## Schmerz

Wo/Wie/Wann? \_\_\_\_\_

## Schwellung

Wo? \_\_\_\_\_



## Fehlstellungen

### Handgelenk

Bajonetztst.  Radialst.  Ulnarst.

Bajonetztst.  Radialst.  Ulnarst.

### Transversaler Bogen

gut  abgeflacht  aufgehoben

gut  abgeflacht  aufgehoben

### MCP-Gelenke

Ulnardev.  Radialdev.  Sublux.  Lux.

Ulnardev.  Radialdev.  Sublux.  Lux.

### D II-V (wo ?)

Schwannenhals  Knopfloch  Operngl.

Schwannenhals  Knopfloch  Operngl.

### PIP-, DIP-Gelenke (wo?)

Lateralinstabilität

Lateralinstabilität

### Daumen

Schwannenhals  90/90  Lateralinstab.  Adduktionsstell.  Operngl.

Schwannenhals  90/90  Lateralinstab.  Adduktionsstell.  Operngl.

### Funktionelles Stadium der Handskoliose

I  II  III  IV

I  II  III  IV

# Rheumatologischer Befund – Finger- und Handgelenke

## Bewegungsausmaß

	gut	eingeschränkt	nicht möglich	gut	eingeschränkt	nicht möglich
<b>Handöffnen</b>						
Strecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spreizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Handschluss</b>						
Große Faust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleine Faust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Oppositionsfähigkeit d. Daumens</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Handgelenksbeweglichkeit</b>						
radial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ulnar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dorsal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
palmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Stabilitätsprüfungen

### Handgelenk (palmare Schublade)

ja  nein

ja  nein

### Radioulnargelenk (path. Beweglichkeit)

ja  nein

ja  nein

### Karpo-Metakarpalgelenk (path. Beweglichkeit der Metacarpalia II und III gegeneinander)

ja  nein

ja  nein

### MCP Gelenke/Daumengrundgelenk (palmare Sublux. bei Beugespansung)

ja  nein

ja  nein

### Path. Spreizfähigkeit der Finger in Flexion

ja  nein

ja  nein

### Palmare Subluxation Daumengrundgelenk

ja  nein

ja  nein

### Lateralinstabilitäten (wo? PIP, DIP)

---



---

# Rheumatologischer Befund – Finger- und Handgelenke

## Kraft / Geschicklichkeit

### Kraft- und Präzisionsgriffe (z.B. Hakengriff, Hammergriff, Zylindergriff, Spitzgriff, Schlüsselgriff)

Besser in 0-Stellung als in Dorsalstellung des Handgel.	verstärkte Radialisierung des Karpus	eingeschränkt	nicht möglich	Besser in 0-Stellung als in Dorsalstellung des Handgel.	verstärkte Radialisierung des Karpus	eingeschränkt	nicht möglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Kraftentwicklung

#### Kraftverlust beim Greifen

ja  nein

ja  nein

#### Vergrößerung der Greifkraft durch stabilisierende Orthesen am Handgelenk

ja  nein

ja  nein

#### an den MCP-Gelenken

ja  nein

ja  nein

## Therapiekonsequenzen aus den erhobenen Befunden:

---

---

---

---

---

---

Befund erhoben durch:

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift)

# Rheumatologischer Befund – Finger- und Handgelenke

**Datum:**

**Verlauf/Befundänderung:**

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

# Rheumatologischer Befund - Ellbogengelenk

Datum \_\_\_\_\_

## Schmerz

Wo/Wie/Wann? \_\_\_\_\_

## Schwellung

Wo? \_\_\_\_\_

## Fehlstellungen

Welche? (z.B. Flexions- bzw. Pronationskontraktur)

\_\_\_\_\_

## Bewegungsausmaß

### Ext./Flex. in Rotations-Nullstellung

aktiv \_\_\_\_\_ passiv \_\_\_\_\_

aktiv \_\_\_\_\_ passiv \_\_\_\_\_

### Sup./Pron. in 90° Flex.

aktiv \_\_\_\_\_ passiv \_\_\_\_\_

aktiv \_\_\_\_\_ passiv \_\_\_\_\_

## Funktionsstadium (Seyfried)

I  II  III  IV

I  II  III  IV

## Stabilitätsprüfung

### Aufklappbarkeit (+gering, ++stark, +++sehr stark)

medial \_\_\_\_\_ lateral \_\_\_\_\_

medial \_\_\_\_\_ lateral \_\_\_\_\_

### Subluxation des Radiusköpfchens bei Bicepsspannung?

ja  nein

ja  nein

### Handgelenksbeschwerden bei Pro- und Supination?

ja  nein

ja  nein

## Muskulatur

### Kräftigste Beugung in:

Sup.  0-Stell.  Pron.

Sup.  0-Stell.  Pron.

## Therapiekonsequenzen aus den erhobenen Befunden:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Befund erhoben durch: \_\_\_\_\_

(Stempel und Unterschrift)



# Rheumatologischer Befund – Ellbogengelenk

Datum:

Verlauf/Befundänderung:

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

# Rheumatologischer Befund - Schultergelenk

Datum \_\_\_\_\_

## Schmerz

Wo/Wie/Wann? \_\_\_\_\_

## Schwellung

Wo? \_\_\_\_\_

## Fehlstellungen

Welche? (z.B. Subluxation nach kranial/nach ventral)  
\_\_\_\_\_

## Bewegungsausmaß (im Sitzen oder Stehen)

### Flexion

aktiv \_\_\_\_\_ mit Komp.  passiv \_\_\_\_\_

aktiv \_\_\_\_\_ mit Komp.  passiv \_\_\_\_\_

### Humeroskapular-Rhythmus bei Flexion

nicht  verschoben  stark   
verschoben

nicht  verschoben  stark   
verschoben

### Abduktion

aktiv \_\_\_\_\_ mit Komp.  passiv \_\_\_\_\_

aktiv \_\_\_\_\_ mit Komp.  passiv \_\_\_\_\_

### Humeroskapular-Rhythmus bei Abduktion

nicht  verschoben  stark   
verschoben

nicht  verschoben  stark   
verschoben

## Außenrotation in 90° oder max. möglicher humeroskapularer Flexionsstellung

	gut	eingeschränkt	mit Komp.	nicht möglich
aktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
passiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	gut	eingeschränkt	mit Komp.	nicht möglich
aktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
passiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Nackengriff (funktionelle Außenrotation)

### Funktionelle Innenrotation (Schürzengriff)

### Funktionelle Zirkumduktion (Hand zur gegenüberliegenden Schulter)

# Rheumatologischer Befund - Schultergelenk

## Funktionsstadium (Seyfried)

I	II	III	IV	I	II	III	IV
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Stabilitätsprüfung/Muskulatur (isom. Kraftentfaltung)

	gut	schwach	gut	schwach
Beuger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strecker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abduktoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adduktoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innenrotatoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Außenrotatoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Therapiekonsequenzen aus den erhobenen Befunden:

---

---

---

---

---

Befund erhoben durch: \_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift)

# Rheumatologischer Befund – Schultergelenk

Datum:

Verlauf/Befundänderung:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

# Rheumatologischer Befund - Hüftgelenk

Datum \_\_\_\_\_

## Schmerz

Wo/Wie/Wann? \_\_\_\_\_

## Fehlstellungen

Welche? (z.B. Flexionsstellung, Beckenschiefstand)  
\_\_\_\_\_

## Gangbild

(wie? Schrittlänge, Rhythmus, muskul. Arthrodese bei Belastung und Kompensation durch andere Gelenke, Hinken, Trendelenburg, Duchenne, Schwierigkeiten beim Treppengehen)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Gehstrecke (m km min h)

\_\_\_\_\_

## Bewegungsausmaß

	aktiv	passiv	aktiv	passiv
Extension/Flexion	_____	_____	_____	_____
Abduktion/Adduktion	_____	_____	_____	_____
AR/IR	_____	_____	_____	_____

## Funktionsstadium (Seyfried)

I	II	III	IV	I	II	III	IV
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Stabilitätsprüfung/Muskulatur (isom. Kraftentfaltung)

	gut	schwach	gut	schwach
Beuger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strecker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abduktoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adduktoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innenrotatoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Außenrotatoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Therapiekonsequenzen aus den erhobenen Befunden:

\_\_\_\_\_

Befund erhoben durch: \_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift)

# Rheumatologischer Befund – Hüftgelenk

Datum:

Verlauf/Befundänderung:

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

# Rheumatologischer Befund - Kniegelenk

Datum \_\_\_\_\_

## Schmerz

Wo/Wie/Wann? \_\_\_\_\_

## Schwellung

Wo? \_\_\_\_\_

## Fehlstellungen

Welche? (z.B. Valgus, Pseudovalgus, Varus, Beugestellung)

\_\_\_\_\_

## Gangbild

(Wie? Schrittlänge, Rhythmus, muskul. Arthrodese bei Belastung und Kompensation durch andere Gelenke, Hinken, Streckung über hintere Kompensation, Schwierigkeiten beim Treppengehen)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Gehstrecke (m km min h)

\_\_\_\_\_

## Bewegungsausmaß

### Extension/Flexion

aktiv \_\_\_\_\_ passiv \_\_\_\_\_

aktiv \_\_\_\_\_ passiv \_\_\_\_\_

### Außenrotation in Knieflexion

gut  eingeschränkt  nicht möglich

gut  eingeschränkt  nicht möglich

### Innenrotation in Knieflexion

gut  eingeschränkt  nicht möglich

gut  eingeschränkt  nicht möglich

### Patella-Beweglichkeit

medial  gut  verbacken

gut  verbacken

lateral

kranial

kaudal

### Spannung des Lig. patellae prop. bei aktiver Extension

gut  schwach  keine

gut  schwach  keine

# Rheumatologischer Befund - Kniegelenk

## Funktionsstadium (Seyfried)

I	II	III	IV	I	II	III	IV
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Stabilitätsprüfung

### Aufklappbarkeit unter Belastung (+gering, ++stark, +++sehr stark)

medial _____	lateral _____	medial _____	lateral _____
--------------	---------------	--------------	---------------

### Aufklappbarkeit ohne Belastung

medial _____	lateral _____	medial _____	lateral _____
--------------	---------------	--------------	---------------

### Schublade ohne Belastung

vorne <input type="checkbox"/>	hinten <input type="checkbox"/>	vorne <input type="checkbox"/>	hinten <input type="checkbox"/>
--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

### Verbesserung der Stabilität bei Belastung durch äußere Orthese?

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

## Muskulatur (isometrisch)

	gut	schwach	gut	schwach
Quadriceps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flexoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tractus iliotibialis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Therapiekonsequenzen aus den erhobenen Befunden:

---

---

---

---

Befund erhoben durch: \_\_\_\_\_

(Stempel und Unterschrift)



# Rheumatologischer Befund – Kniegelenk

Datum:

Verlauf/Befundänderung:

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

# Rheumatologischer Befund - Fuß- und Zehengelenke

Datum \_\_\_\_\_

## Schmerz

Wo/Wie/Wann? \_\_\_\_\_

## Schwellung

Wo? \_\_\_\_\_

## Fehlstellungen

Welche? (z.B. Pes plano valgus, Subluxation MT-Köpfchen, Hallux valgus, Hammer-Krallenzehen)

\_\_\_\_\_

## Gangbild

(Wie? Schrittlänge, Rhythmus, Hinken, Abrollen, Vorfußschonung, Schwierigkeiten beim Treppengehen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Gehstrecke (m km min h)

\_\_\_\_\_

## Funktionsstadium (Seyfried)

I

II

III

I

II

III

## Bewegungsausmaß

### Dorsalextension

aktiv in Belastung	mit Komp.	passiv in Entlastung	aktiv in Belastung	mit Komp.	passiv in Entlast.
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____

### Plantarflexion

aktiv in Belastung	mit Komp.	passiv in Entlastung	aktiv in Belastung	mit Komp.	passiv in Entlast.
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____

# Rheumatologischer Befund - Fuß- und Zehengelenke

	gut	eingeschränkt	nicht möglich	gut	eingeschränkt	nicht möglich
<b>Eversion mit Pronation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Inversion mit Supination</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MTP I-Beweglichkeit nach plantar</b>						
in Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in Entlastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Großzehengrundgelenk Extension (aktiv in Belastung)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Großzehenbelastung anstelle MTP I-Belastung im Stand</b>						
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		

## Muskulatur

	gut	schwach	gut	schwach
<b>Peroneus longus</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tibialis posterior</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Therapiekonsequenzen aus den erhobenen Befunden:

---



---

Befund erhoben durch: \_\_\_\_\_

(Stempel und Unterschrift)

# Rheumatologischer Befund – Fuß- und Zehengelenke

Datum:

Verlauf/Befundänderung:

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

# Rheumatologischer Befund - Halswirbelsäule

Datum \_\_\_\_\_

## Schmerz

Wo/Wie/Wann? \_\_\_\_\_

## Fehlstellungen

Welche? (z.B. Schiefhals, Hyperlordose)

\_\_\_\_\_

## Aktives Bewegen im Sitzen:

En bloc  normal flüssig

## Stabilitätsprüfung: subjektiv besseres Gefühl von Stabilität mit einer Orthese

ja  nein

## Therapiekonsequenzen aus den erhobenen Befunden:

---

---

---

---

---

---

Befund erhoben durch:

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift)

# Rheumatologischer Befund - Kiefergelenke

Datum \_\_\_\_\_

## Schmerz

Wo/Wie/Wann? \_\_\_\_\_

## Fehlstellungen

Welche? (z.B. veränderter Biss, andere Stellung des Unterkiefers)

\_\_\_\_\_

## Bewegungsausmaß

Zahnreihenabstand (in cm) bei max. geöffnetem Mund

\_\_\_\_\_

evtl. Abstand bei max. geschlossenem Mund

\_\_\_\_\_

## Lateralverschieblichkeit des Unterkiefers

gut     eingeschränkt     nicht möglich

## Stabilität

Nicht kontrollierbare Bewegungen beim Mundöffnen oder Kauen

ja                       nein

## Therapiekonsequenzen aus den erhobenen Befunden:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Befund erhoben durch: \_\_\_\_\_

(Stempel und Unterschrift)

# Rheumatologischer Befund – Halswirbelsäule/Kiefergelenke

**Datum:**

**Verlauf/Befundänderung:**

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

# Disease Activity Score (DAS 28)

Patient \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_

(TT.MM.JJ)

## Gelenkstatus – 28 Joint Count

**druckschmerzhafte Gelenke**

1 Anzahl dG

3 BSG (nach 1 Std. in mm)

4 **PATIENTENURTEIL zur Krankheitsaktivität**  
Wie aktiv ist Ihre rheumatoide Arthritis in den letzten 7 Tagen gewesen?\*

**geschwollene Gelenke**

2 Anzahl gG

keine Aktivität stärkst mögliche Aktivität Patientenurteil in mm

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Datum:	DAS 28: <input style="width: 90%;" type="text"/>
--------	--

*\*Bitte lassen Sie dies Ihren Patienten mit einem senkrechten Strich beurteilen.*

## Bewertung des DAS 28

DAS 28 aktuell		DAS 28: Differenz zum Ausgangswert		
		> 1,2	> 0,6 und ≤ 1,2	≤ 0,6
< 3,2	Inaktiv	Gute Verbesserung	Mäßige Verbesserung	keine Verbesserung
> 3,2 ≤ 5,1	Mäßig aktiv	Mäßige Verbesserung	Mäßige Verbesserung	keine Verbesserung
> 5,1	Sehr aktiv	Mäßige Verbesserung	Keine Verbesserung	keine Verbesserung

### Formel:

$$0,56x \sqrt{1} + 0,28x \sqrt{2} + 0,7x \ln 3 + 0,014x 4$$

(Nähere Informationen zur Berechnung des DAS finden Sie im Internet unter [www.das-score.nl](http://www.das-score.nl))



# Funktionsfragebogen Hannover (FFbH)

Fragen des FFbH-P	Ja	Ja, aber mit Mühe	Nein oder nur mit fremder Hilfe
Können Sie Brot streichen?	2 Punkte <input type="checkbox"/>	1 Punkt <input type="checkbox"/>	0 Punkte <input type="checkbox"/>
Können Sie aus einem normal hohen Bett aufstehen?	2 Punkte <input type="checkbox"/>	1 Punkt <input type="checkbox"/>	0 Punkte <input type="checkbox"/>
Können sie mit der Hand schreiben (mindestens eine Postkarte)?	2 Punkte <input type="checkbox"/>	1 Punkt <input type="checkbox"/>	0 Punkte <input type="checkbox"/>
Können Sie Wasserhähne auf- und zudrehen?	2 Punkte <input type="checkbox"/>	1 Punkt <input type="checkbox"/>	0 Punkte <input type="checkbox"/>
Können Sie Strümpfe an- und ausziehen?	2 Punkte <input type="checkbox"/>	1 Punkt <input type="checkbox"/>	0 Punkte <input type="checkbox"/>
Können Sie ein Telefon mit Wählscheibe benutzen?	2 Punkte <input type="checkbox"/>	1 Punkt <input type="checkbox"/>	0 Punkte <input type="checkbox"/>
Können Sie sich von Kopf bis Fuß waschen und abtrockenen?	2 Punkte <input type="checkbox"/>	1 Punkt <input type="checkbox"/>	0 Punkte <input type="checkbox"/>
Können Sie einen mindestens 10 kg schweren Gegenstand hochheben und 10 m weit tragen?	2 Punkte <input type="checkbox"/>	1 Punkt <input type="checkbox"/>	0 Punkte <input type="checkbox"/>
Können Sie 100 m schnell laufen (nicht gehen), etwa um einen Bus zu erreichen?	2 Punkte <input type="checkbox"/>	1 Punkt <input type="checkbox"/>	0 Punkte <input type="checkbox"/>
Können Sie sich einen Wintermantel an- und ausziehen?	2 Punkte <input type="checkbox"/>	1 Punkt <input type="checkbox"/>	0 Punkte <input type="checkbox"/>
Können Sie sich bücken und einen leichten Gegenstand vom Fußboden aufheben?	2 Punkte <input type="checkbox"/>	1 Punkt <input type="checkbox"/>	0 Punkte <input type="checkbox"/>
Können Sie öffentliche Verkehrsmittel benutzen?	2 Punkte <input type="checkbox"/>	1 Punkt <input type="checkbox"/>	0 Punkte <input type="checkbox"/>

*Punktzahl addieren, durch Maximalpunktzahl (24) dividieren und mit 100 multiplizieren*

*80% - 100% = normale Funktionskapazität*

*70% - 80% = mäßige Funktionsbeeinträchtigung*

*60% - 70% = auffälliger Befund*

*unter 60% = klinisch relevante Funktionsbeeinträchtigung*

*Quelle: ergopraxis 6/12*

# Wichtige Adressen

## Verbände

- Kompetenznetz Rheuma [www.rheumanet.org](http://www.rheumanet.org)
  - Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V. [www.rheuma-liga.de](http://www.rheuma-liga.de)
  - Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie [www.dgrh.de](http://www.dgrh.de)
  - Gesellschaft medizinischer Assistenzberufe für Rheumatologie e.V. (GmAR) [www.gmar.info](http://www.gmar.info)
  - Rheuma-online [www.rheuma-online.de](http://www.rheuma-online.de)
  - Kinder und Rheuma [www.rheumakids.de](http://www.rheumakids.de)
  - Deutsche Schmerzliga e.V. [www.schmerzliga.de](http://www.schmerzliga.de)
  - Verein Ambulante Therapie [www.rtz-nuernberg.de/vat](http://www.rtz-nuernberg.de/vat)
  - Das Schmerztherapeutische Kolloquium - DEUTSCHE SCHMERZGESELLSCHAFT e.V. [www.stk-ev.de](http://www.stk-ev.de)
- 

## Selbsthilfegruppen Rheuma und Arthrose:

- **Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.**  
Maximilianstr. 14  
53111 Bonn  
Tel. 0228 766060  
Fax. 0228 7660620  
E-Mail: [bv@t-online.de](mailto:bv@t-online.de)  
Internet: <http://www.rheuma-liga.de>
- **Österreichische Rheumaliga**  
Dorfstr. 4  
A-5761 Maria Alm  
Tel. +43 (0)699 15541679  
E-Mail: [info@rheumaliga.at](mailto:info@rheumaliga.at)  
Internet: <http://www.rheumaliga.at>
- **Schweizerische Rheumaliga**  
Josefstr. 92  
CH-8005 Zürich  
Tel. +41 (0)44 4874000  
Fax. +41 (0)44 4874019  
E-Mail: [info@rheumaliga.ch](mailto:info@rheumaliga.ch)  
Internet: <http://www.rheumaliga.ch>
- **Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V. Bundesverband**  
Metzgergasse 16  
97421 Schweinfurt  
Tel. 09721 22033  
Fax. 09721 22955  
E-Mail: [DVMB@bechterew.de](mailto:DVMB@bechterew.de)  
Internet: <http://www.bechterew.de>

■ **Deutsche Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung  
Bundesverband für entzündliche Erkrankungen des  
Verdauungstraktes (DCCV) e.V.**

Inselstr. 1  
10179 Berlin  
Tel. 030 20003920  
Fax. 030 200039287  
E-Mail: [info@dccv.de](mailto:info@dccv.de)  
Internet: <http://www.dccv.de>

■ **Deutsche Fibromyalgie Vereinigung (DFV) e.V.**

Waidachshofer Str. 25  
74743 Seckach  
Tel. 06292 928758  
Tel. 06292 928760 (Beratungsstelle)  
Fax. 06292 928761  
E-Mail: [info@fibromyalgie-fms.de](mailto:info@fibromyalgie-fms.de)  
Internet: <http://www.fibromyalgie-fms.de>

■ **Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose**

Kirchfeldstr. 149  
40215 Düsseldorf  
Tel. 0211 301314-0  
Fax. 0211 301314-10  
E-Mail: [Info@Osteoporose-Deutschland.de](mailto:Info@Osteoporose-Deutschland.de)  
Internet: <http://www.osteoporose-deutschland.de>

■ **Deutscher Psoriasis Bund e.V.**

Seewartenstr. 10  
20459 Hamburg  
Tel. 040 223399-0  
Fax. 040 223399-22  
E-Mail: [info@psoriasis-bund.de](mailto:info@psoriasis-bund.de)  
Internet: <http://www.psoriasis-bund.de>

■ **Sklerodermie Selbsthilfe e.V.**

Am Wollhaus 2  
74072 Heilbronn  
Tel. 07131 3902425  
Fax. 07131 3902426  
E-Mail: [sklerodermie@t-online.de](mailto:sklerodermie@t-online.de)  
Internet: <http://www.sklerodermie-selbsthilfe.de>

■ **Scleroderma Liga e.V.**

Leutstettener Str. 45  
81477 München  
Tel. 0175 1207347  
E-Mail: [diez-mue@web.de](mailto:diez-mue@web.de)  
Internet: <http://www.scleroliga.de>

■ **Arbeitskreis Vaskulitis**

Internet: <http://www.vaskulitis.org>

