

Datum

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

# Checkliste Arztgespräch

## Kontrolltermin beim Facharzt 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?

1	2	3	4	5
Gar nicht				Ziel erreicht

Welche Veränderungen Ihrer Beschwerden gab es seit dem letzten Besuch bei Ihrem Facharzt?

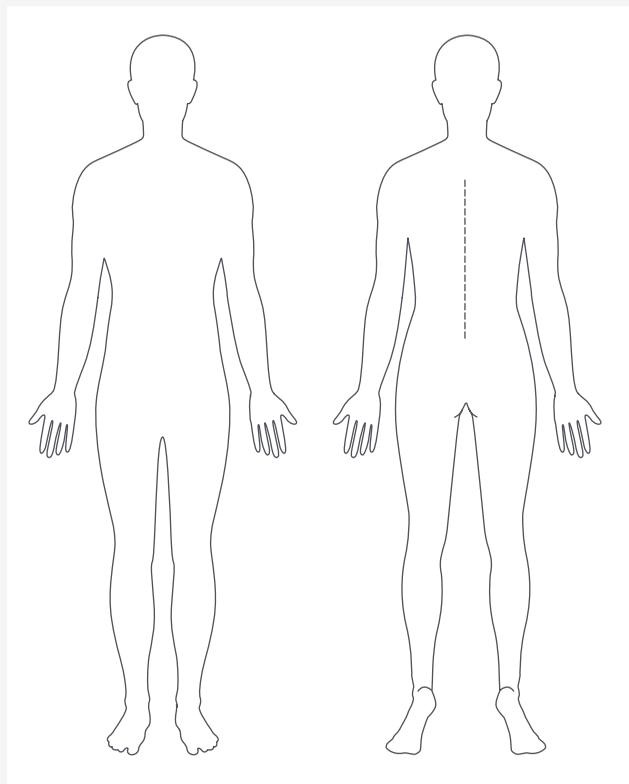
Kommen Sie mit der regelmäßigen Einnahme gut zurecht?

#### 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).



#### 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 Ärzten in Behandlung? Wurden Untersuchungen gemacht?