

Liebe Patientin, lieber Patient, von der zuständigen Stelle wurde bei uns einen Befundbericht in Ihrer Schwerbehindertenangelegenheit angefordert. Hierfür benötigen wir Ihre Mitarbeit. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen so genau und ausführlich wie möglich:

Name: _____ **Geb. datum:** _____ **Sozialversicherungsnummer:** _____

Gesichtsentstellung

bitte beschreiben Sie Art und Ausmaß.....

Migräne

Häufigkeit, ...x/Woche, ...x/Monat, ...x/Jahr

Auslöser:

Stress, Schlafmangel, Periode, ungewohnter Schlafrhythmus, Stress, Wetterumschwünge

Lebensmittel: Molkereiprodukte (wie Käse), Meeresfrüchte, Zitrusfrüchte, Alkohol (vor allem Rotwein), Kaffee (ebenso Reduzierung des Kaffeekonsums), Süßstoff Aspartam (unter anderem in Light-Produkten enthalten), frittierte Nahrungsmittel, Tee (vor allem schwarzer Tee und grüner Tee) Getreideprodukte, ausgefallene Mahlzeit
Düfte, Geräusche, grelle Lichter

Begleiterscheinungen:

Übelkeit, Appetitlosigkeit, Lichtempfindlichkeit, Lärmempfindlichkeit, Erbrechen
Sehstörungen wie Schleiersehen, Lichtblitze oder flimmernde Zickzack-Linien, Kribbeln, das sich von den Fingerspitzen bis in den Kopf zieht, Lähmungserscheinungen, Sprachstörungen
Schwäche, Schwindel

Dauer der Anfälle:.....

Therapie:.....

Nervensystem

Funktionsstörungen der Extremitäten, bitte beschreiben.....

Gebrauchsfähigkeit der Hände eingeschränkt, bitte beschreiben.....

Gehfähigkeit eingeschränkt, bitte beschreiben,

.....Gehstrecke?.....m

grobe Kraft reduziert, Feinmotorik eingeschränkt, bitte beschreiben.....

Bewegungskoordination eingeschränkt, bitte beschreiben.....

Gefühlsstörungen, wo? bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt

Nervenschmerzen, wo? bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....

Blasen- und Mastdarmstörungen, bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....

Sehstörungen, bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....

- Sprachstörungen, bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....
- Gleichgewichtsstörungen, bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....

Geistige Behinderung

- soziale Probleme, bitte beschreiben.....
- zur Teil Schulbesuch, welche Schule?..... Klasse.....
- zur Zeit Ausbildung, als was?..... wo?.....
- Behindertenwerkstatt, o.ä., wo?.....
- selbständige Lebensführung nicht möglich, Betreuer, wer?.....
- Heimunterbringung, wo?.....
- Konzentrationsstörungen, bitte beschreiben.....
- Gedächtnisstörungen, bitte beschreiben.....
- Persönlichkeitsveränderungen, bitte beschreiben.....

Anfälle

Art: fokale Anfälle, generalisierte Anfälle, Absencen

Häufigkeit

letzter Anfall

Tageszeit der Anfälle.....

Psychische Erkrankung

Seit wann bestehen die Beschwerden?.....

Stimmungsschwankungen, traurige Stimmung, Antriebslosigkeit, Konzentrationsstörungen,

Gedächtnisstörungen, Merkfähigkeitsstörungen, Wahnvorstellungen, Stimmenhören

Aggressivität, Unruhe,

Ängste, welche?.....

Zwänge, welche?.....

Anpassungsschwierigkeiten, bitte beschreiben.....

Tics, bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....

selbstverletzendes Verhalten, bitte beschreiben.....

Essstörungen: Übergewicht, Untergewicht, Anorexie, Bulimie, Binge-Eating

posttraumatische Belastungsstörung Borderline-Syndrom

Störung des Sozialverhaltens, bitte beschreiben.....

ADHS, Burnout

Dauer der Beschwerden:..... Häufigkeit der Beschwerden..... zuletzt wann?.....

Probleme, den Alltag zu meistern, bitte beschreiben.....

beeinträchtigte soziale Beziehungen, bitte beschreiben.....

Berufstätigkeit, was?..... wie viele Stunden/Woche?.....

Schulbesuch, wo?..... welche Klasse?.....

Fördermassnahmen, was? Wo?

Suchtkrankheit

Alkohol, was?..... wie oft? seit wann?.....

Nikotin, was?..... wie oft? seit wann?.....

Drogen, was?..... wie oft? seit wann?.....

Schmerzmittel, was?..... wie oft? seit wann?.....

Schlafmittel/Beruhigungsmittel, was?..... wie oft? seit wann?.....

Spielen, was?..... wie oft? seit wann?.....2

sonstiges, was?.....wie oft?seit wann?.....
Therapie (Medikamente, Entwöhnung, Nachsorge).....
.....

Sehbehinderung

Sehminderung rechts, Sehminderung links, Fernbrille, Lesebrille, Gleitsichtbrille,
Kontaklinsen, Verlust des rechten Auges, Verlust des linken Auges
bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....
.....

wenn Sie Messwerte Ihres Augenarztes oder Optikers haben, bitte notieren oder beifügen:
.....

Schwerhörigkeit

Hörminderung re, Hörminderung li, Tinnitus, Schwindel Hörgerät rechts, Hörgerät links
wenn Sie Messwerte Ihres Ohrenarztes haben, bitte notieren oder beifügen:
.....

bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....
.....

Lungenfunktionsbeeinträchtigungen / Bronchitis / Asthma

Atemnot bei Belastung, bitte beschreiben (nach welcher Gehstrecke, beim Bergaufgehen, nach welcher Etage beim Treppensteigen).....

Atemnot in Ruhe, Reizhusten, nächtlicher Husten, häufige Infektex/Jahr

Schlafapnoe

Schnarchen, Atenaussetzer, Maskendruckbeatmung erforderlich
bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....
.....

Herz/Kreislauf

körperliche Leistungsbeeinträchtigung und/oder Luftnot bei Belastung, bitte beschreiben (nach welcher Gehstrecke, beim Bergaufgehen, nach welcher Etage beim Treppensteigen).....

in Ruhe, nächtliches Wasserlassenx/Nacht, Schlafen mit erhöhtem Kopfteil, Neigung zu Wassereinlagerungen in den Beinen

bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....
.....

AVK

schmerzfreie Gehstrecke.....m, Ruheschmerzen, Hautveränderungen an den Unterschenkeln, bitte beschreiben.....

bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....
.....

Krampfadern, postthrombotisches Syndrom

Schweregefühl, Krämpfe, Schwellneigung, Entzündungen, Geschwürsbildungen
bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....
.....

Tragen Sie Kompressionsstrümpfe? rechts, links, Strumpfhose, Oberschenkellang, Kniestrümpfe, tagsüber, nachts, täglich, ab und zu, wann?.....

Krampfaderoperation erfolgt, wann?.....Verödungsbehandlung erfolgt, wann?.....

Lymphödem

Umfangvermehrung, Bewegungseinschränkung in angrenzenden Gelenken
bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....
.....

Tragen Sie Kompressionsstrümpfe? rechts, links, Strumpfhose, Oberschenkellang,
Kniestrümpfe, tagsüber, nachts, täglich, ab und zu, wann?.....

Bluthochdruck

aktuelle Messwerte:.....
bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....

Verdauungsbeschwerden

Durchfälle, wie oft....., Verstopfung, wie oft....., Bauchschmerzen, (wann,
wie oft).....
Körpergewicht....., Größe.....
bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....

Künstl. Darmausgang

Lage....., Probleme bei der Stomaversorgung, bitte beschreiben.....
Rückverlagerung möglich oder geplant? wann?
bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....

Nierenerkrankung

Ödeme, Blutarmut, Bluthochdruck, Dialyse, wie oft.....
bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....

Harninkontinenz

beim Niesen, beim Husten, beim Lachen, bei voller Blase, nachts, immer
bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....

Prostataleiden

abgeschwächter oder unterbrochener Harnstrahl, Nachträufeln, vermehrter Harndrang,
tagsüber, nachts, Schwierigkeiten zu Beginn des Urinierens, Harnverhaltung,
schmerzhafter Samenerguss, Erektionsstörungen, Impotenz, Schmerzen in der Prostata,
häufige Infekte, wie oft.....
bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....

(Teil)Entfernung der Brust

Entfernung eines Knotens aus der Brust rechts, links
Entfernung der ganzen Brust rechts, links, Brustaufbau (Implantat) erfolgt
Grund:..... wann?
bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....

Verlust der Gebärmutter und/oder beider Eierstöcke

Entfernung der Gebärmutter, Entfernung des Eierstocks rechts, links
Grund:....., wann?
bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....

Diabetes

Hypoglykämien, wie oft?

Sehstörungen, Gefühlsstörungen, Nervenschmerzen, Nierenschäden, Sexualstörungen,
 Durchblutungsstörungen, offene Wunden

Therapie: Tabletten, welche?.....
 Insulin, welche/s?..... weiteres?.....
Dosis..... Dosis.....

feste Dosis, Anpassung erforderlich, Insulinpumpe...
bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....

Gicht

Häufigkeit der Anfälle....., Dauer, der Anfälle.....
bleibende Gelenkbeeinträchtigungen, bitte beschreiben.....

Schilddrüsenerkrankungen

Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Knoten, Schilddrüse entfernt, Folgen der
Operation (Stimmverlust, Heiserkeit, Narbenbeschwerden usw.), bitte beschreiben.....

bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....

Blut-/Lymphknotenerkrankungen

welche?..... seit wann?

Verlauf, bitte beschreiben.....

Beschwerden, bitte beschreiben.....

bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....

HIV

Stadium: Primäre HIV Infektion, symptomlose Latenzphase, symptomatische Phase mit
Vollbild AIDS

Beschwerden, bitte beschreiben

Komplikationen (opportunistische Infekte, Tumor, neurol.-psychiatrische Störungen, bitte
beschreiben.....

bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....

Haut

welche?....., seit wann? wie oft.....

wo/Ausdehnung, bitte beschreiben.....

Verschlimmerung wodurch?.....

bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....

Kleinwuchs

Größe....., Störung der Körperproportionen, bitte beschreiben

Organkomplikationen, welche.....

bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....

WS-Erkrankung

welche?.....

Häufigkeit und Dauer der Beschwerden im Verlauf eines Jahres.....

Gefühlsstörungen, bitte beschreiben.....

Bewegungsstörungen, bitte beschreiben.....

bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....

M. Bechterew

Rückenschmerzen lageabhängig, lageunabhängig, tagsüber, nachts,
im Tagesverlauf besser, schlechter, Morgensteifigkeit
unter Bewegung besser, schlechter

Komplikationen/Folgeerkrankungen: Augenentzündungen (Uveitis anterior)
Entzündungen des Magen-Darm-Traktes, Colitis ulcerosa, M.Crohn, Schuppenflechte,
Begleiterkrankungen des Herzens (Reizleitungsstörungen, Herzklappenschädigungen),
Begleiterkrankungen der Lunge

bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....

BASDAI: Wie ist es Ihnen in den letzten 7 Tagen ergangen?

Bitte kreuzen Sie auf den nachfolgenden Skalen jeweils eine Zahl an. Auch wenn die Beschwerden (Schmerzen, Müdigkeit) geschwankt haben, entscheiden Sie sich bitte für eine Zahl als Angabe für die durchschnittliche Stärke der Beschwerden.

1. Wie würden Sie Ihre allgemeine Müdigkeit und Erschöpfung beschreiben?
keine Müdigkeit/ Erschöpfung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr starke Müdigkeit/ Erschöpfung

2. Wie stark waren Ihre Schmerzen in Nacken, Rücken oder Hüfte?
keine Schmerzen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr starke Schmerzen

3. Wie stark waren Ihre Schmerzen oder Schwellungen in anderen Gelenken?
keine Schmerzen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr starke Schmerzen

4. Wie unangenehm waren für Sie besonders berührungs- oder druckempfindliche Körperstellen?
gar nicht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr stark

5. Wie ausgeprägt war Ihre Morgensteifigkeit nach dem Aufwachen?
gar nicht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr stark

6. Wie lange dauert diese Morgensteifigkeit im allgemeinen?
in Stunden 0 ¼ ½ ¾ 1 1¼ 1½ 1¾ ≥2 hatte keine

Aringer M, Redlich K Journal für Mineralstoffwechsel 2004; 11 (2): 20-24 ©

Abbildung 1: Morbus Bechterew - BASDAI-Index
BASDAI-Score: Der BASDAI wird vom Patienten unbeeinflusst ausgefüllt und dann in drei Schritten ausgerechnet: 1. Umrechnung der Zeitangabe von Frage 6 in eine Skalierung von 0-10: Bsp: ¼ Std = 1,25; ½ Std = 2,5; ¾ = 3,75; 1 Std = 5 usw.; 2. Bildung eines Mittelwertes aus Frage 5 und 6. 3. Bildung eines Gesamtmittelwertes aus den Fragen 1-4 und dem Mittel aus den Fragen 5 und 6.

Gelenkerkrankung

Bewegungseinschränkung, bitte beschreiben.....

Gelenkschwellungen, bitte beschreiben.....

Ergussbildungen, bitte beschreiben

Gelenkdeformierungen, bitte beschreiben

Muskelschwäche, bitte beschreiben

Instabilitäten, bitte beschreiben

bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....

Amputation

welches Körperteil?.....

Stumpfverhältnisse reizlos, chronische Hautreizungen, übermäßige Narbenbildung,
Phantomschmerzen, wann?..... Dauer?.....

Prothesenversorgung, was?

Ausprägung der Bewegungseinschränkungen, bitte beschreiben.....

6.....

bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....
.....

periphere Nervenausfälle

welche?.....
Häufigkeit und Dauer der Beschwerden im Verlauf eines Jahres.....
Gefühlsstörungen, bitte beschreiben.....
Bewegungsstörungen, bitte beschreiben.....
bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....
.....

Rheumatische Erkrankung

Welche Gelenke sind betroffen? Halswirbelsäule, Brustwirbelsäule, Lendenwirbelsäule,
 Schultern, Ellbogen, Handgelenke, Finger, Hüften, Knie, Knöchel, Zehen
Häufigkeit und Dauer von Gelenkschwellungen
Häufigkeit und Dauer von Ergussbildungen.....
Bewegungseinschränkungen, bitte beschreiben.....
.....
Gelenkdeformierungen, bitte beschreiben.....
.....
Weichteil-/Muskelbeschwerden: Oberarme, Unterarme, Oberschenkel, Unterschenkel,
 Rückenmuskulatur
bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....
.....

Gehbehinderung

Gehstock erforderlich im Wohnbereich oder außer Haus
Unterarmgehstützen erforderlich im Wohnbereich oder außer Haus
Rollator/Gehwagen erforderlich im Wohnbereich oder außer Haus
Rollstuhl im Wohnbereich oder außer Haus
Gehstrecke ohne Hilfsmittel..... mit Hilfsmittel.....
bitte beschreiben, inwiefern Sie das beeinträchtigt.....
.....

Tumorerkrankung

welche?.....
welche Therapie ist geplant, ist erfolgt: Operation, Bestrahlung, Chemo
 kurative/ palliative Behandlung
aktuelle Beschwerden/Funktionsbeeinträchtigungen, bitte beschreiben.....
.....
Verlauf der Tumorerkrankung: wann wurde die Diagnose gestellt?.....
Rezidiv, wann?.....

Medikamente:

Name	morgens	mittags	abends	nachts