

Ich bestätige, das Merkblatt der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie zur Einleitung einer immunsuppressiven Therapie für Patienten erhalten und die Fragen beantwortet zu haben.

Ja

Nein

Ich habe die Empfehlung zur Impfung gegen Pneumokokken und Influenza erhalten und verstanden

Ja

Nein

Ich bin mit der Impfung gegen

Pneumokokken (Bakterielle Lungenentzündung)

Ja

Nein

Influenza (Grippe)

Ja

Nein

einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten

Fragebogen zur Einleitung einer immunsuppressiven Therapie:

Patientenname:

Vorname:

Geburtsdatum:

1) zu Begleiterkrankungen:

Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt, die eines der folgenden Organe betrifft:

Niere	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	wenn ja, welche Erkrankung:_____
Herz	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	wenn ja, welche Erkrankung:_____
Lunge	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	wenn ja, welche Erkrankung:_____
Leber	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	wenn ja, welche Erkrankung:_____
Nerven	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	wenn ja, welche Erkrankung:_____
Tumoren	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	wenn ja, welche Erkrankung:_____

2) zu Infekten:

Sind bei Ihnen chronische Infektionen bekannt:

Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
HIV Infektion	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Gürtelrose	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
andere	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	wenn ja, welche Erkrankung:_____

Haben Sie häufig Infektionen:

der Atemwege (mit Husten und Auswurf)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
des Darms (mit Durchfall)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
der Harnwege	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Wurden Sie geimpft gegen:

Tetanus	<input type="checkbox"/>	Ja, zuletzt:	(Jahr)	<input type="checkbox"/>	Nein
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	Ja, zuletzt:	(Jahr)	<input type="checkbox"/>	Nein
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	Ja, zuletzt:	(Jahr)	<input type="checkbox"/>	Nein
Röteln*	<input type="checkbox"/>	Ja, zuletzt:	(Jahr)	<input type="checkbox"/>	Nein
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	Ja, zuletzt:	(Jahr)	<input type="checkbox"/>	Nein
Grippe/Influenza	<input type="checkbox"/>	Ja, zuletzt:	(Jahr)	<input type="checkbox"/>	Nein
Pneumokokken	<input type="checkbox"/>	Ja, zuletzt:	(Jahr)	<input type="checkbox"/>	Nein

* nur für Frauen mit Kinderwunsch relevant