



FRAGEBOGEN

zur bisherigen Basis-/Biologikatherapien

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Vorstellungstermin _____

Erstdiagnose Ihrer rheumatischen Erkrankung (Monat / Jahr)? _____

Medikament	Beginn (Monat / Jahr)	Ende (Monat / Jahr)	Wirksamkeit	Abbruchgrund
Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) <input type="checkbox"/> Ibuprofen (Ibu®) <input type="checkbox"/> Diclofenac (Voltaren®) <input type="checkbox"/> Etoricoxib (Arcoxia®) <input type="checkbox"/> Celecoxib (Celebrex®) <input type="checkbox"/> Andere:.....			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/>	
Prednison / Prednisolon (Decortin (H)®)			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/>	
Methotrexat (z.B. Lantarel®, Metex®)			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/>	
Leflunomid (z.B. Arava®, Leflon®)			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/>	
Sulfasalazin (z.B. Pleon®, Azulfidine®)			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/>	
(Hydroxy-) Chloroquin (Quensyl®, Resorchin®)			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/>	
Azathioprin (z.B. Imurek®, Azafalk®)			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/>	
Ciclosporin A (z.B. Sandimmun®)			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/>	
Mycophenolat (mofetil) (z.B. CellCept, Myfortic®)			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/>	
Etanercept (z.B. Enbrel®, Benepali®, Erelzi®)			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/>	
Adalimumab (Humira®)			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/>	
Infliximab (Remicade®)			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/>	
Golimumab (Simponi®)			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/>	
Certolizumab pegol (Cimzia®)			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/>	
Abatacept (Orencia®)			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/>	
Tocilizumab (Roactemra®)			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/>	

Sarilumab (Kevzara®)			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/>	
Rituximab (Mabthera®)			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/>	
Baricitinib (Olumiant®), Tofacitinib (Xeljanz®)			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/>	
Apremilast (Otezla®)			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/>	
Ustekinumab (Stelara®)			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/>	
Secukinumab (Cosentyx®)			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/>	
Anakinra (Kineret®)			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/>	
Canakinumab (Ilaris®)			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/>	