



Register zur Langzeitdokumentation der Therapie der juvenilen idiopathischen Arthritis im Kindes- und Jugendalter

Ihre Unterlagen für die Dokumentation
Version 4 vom 17.05.2017

Wissenschaftliche Projektleitung

und Koordinationszentrum

Prof. Dr. med. Gerd Horneff

Zentrum für Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie

Asklepios Klinik Sankt Augustin

Arnold-Janssen-Str. 29

DE-53757 Sankt Augustin

Telefon: 02241 249 200

Studiensekretariat:

Tel./Fax : 02241 249 218

E-Mail: g.horneff@asklepios.com

Für alle nachfolgenden Durchschreibsätze (außer Einverständniserklärung) gilt:
Original (weiß) Einsendung an das Register (bitte keine Kopien oder Faxkopien)
Durchschlag zum Verbleib beim behandelnden Arzt.

Hinweise zum Ausfüllen Ihrer Unterlagen

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,
zunächst möchten wir uns noch einmal für Ihre Bereitschaft bedanken, sich an der Dokumentation des Registers zur Langzeitdokumentation der Therapie der juvenilen idiopathischen Arthritis im Kindes- und Jugendalter zu beteiligen. Im Folgenden möchten wir Ihnen einige generelle Hinweise zum Ausfüllen der Dokumentationsunterlagen geben:

Zur Einschreibung des Patienten in die Langzeitdokumentation wird benötigt:

Honorarvereinbarung
Einverständniserklärung
Patienteninformation
Ersterhebungsbogen
Therapieverlauf
Fragebogen zur Gesundheitsbewertung „CHAQ“ (2 Seiten)

Für die Verlaufsuntersuchung sind folgende Dokumentationen vorgesehen:

Therapieverlauf
Fragebogen zur Gesundheitsbewertung „CHAQ“ (2 Seiten)

Im Falle von Unerwünschten Ereignissen verwenden Sie bitte folgende Dokumentationen:

Unerwünschte Ereignisse (UE)
Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Ereignisse (vom Arzneimittelhersteller)

Im Falle eines Therapieabbruchs verwenden Sie bitte folgende Dokumentationen:




Therapieverlauf
Therapie-Abbruch
Fragebogen zur Gesundheitsbewertung „CHAQ“ (2 Seiten)

Bitte senden Sie alle ausgefüllten Originaldokumentationen zeitnah per Post an das Koordinationszentrum. (Postanschrift: siehe Deckblatt). Die Durchschrift verbleibt für Archivierungszwecke bei Ihnen.

1. Füllen Sie bitte zunächst die **Honorarvereinbarungen und die Einschreibung** aus. (Original an das Koordinationszentrum senden).
2. Die **Einverständniserklärung** und die **Patienteninformation** sind ausschließlich für **Ihre** Unterlagen bzw. für den Patienten bestimmt.
3. Informieren Sie Ihren Patienten gemäß beiliegendem Vorschlag und dokumentieren Sie die Information des Patienten und dessen Eltern über dieses Projekt in der Patienten-Akte durch Ihre datierte Unterschrift.
4. Ermitteln Sie den jeweiligen „Patientencode“ wie auf der Einschreibung erläutert. Benutzen Sie diesen Code künftig auf allen Dokumenten dieses Patienten (2. Buchstabe Vorname + Anzahl Buchstaben Vorname + 2. Buchstabe Nachname + Anzahl Buchstaben Nachname)
5. Benutzen Sie bitte einen Kugelschreiber und schreiben Sie lesbar um unnötige Nachfragen zu vermeiden. Drücken Sie fest auf, um eine lesbare Durchschrift zu erhalten.
6. Bitte beachten Sie, dass Ihre ärztlichen Dokumentationen elektronisch erfasst werden. Daher bitte folgende Konventionen für die grau unterlegten Bereiche beachten:

Kästchen auf weißem Grund mit Rahmen bitte deutlich innerhalb der Umrandung ankreuzen
Kästchen auf weißem Grund ohne Rahmen bitte Ziffern oder Lettern einzeln in Klarschrift innerhalb der Felder eintragen.

Felder auf weißem Grund klartext bitte Klartext in Druckbuchstaben schreiben
(Analogskala) → bitte möglichst vom Patienten selbst an der betreffenden Stelle zwischen „sehr gut“ und „sehr schlecht“ einen senkrechten Strich ziehen lassen.

Richtig ist z.B.:  falsch:  oder 

7. Unterschreiben und stempeln Sie bitte jedes Dokument und senden Sie das **Original zeitnah** an das Koordinationszentrum.
8. Überprüfen Sie vor dem Absenden, ob alle Eintragungen richtig und vollständig sind.
Bitte beachten Sie: Alle eingegangenen Dokumente werden auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft und erst dann zur Honorierung freigegeben, wenn eventuelle Rückfragen geklärt sind. **Die Honorierung wird nach Rechnungsstellung von Ihnen** in regelmäßigen Abständen ausgeführt. Bitte beachten Sie die Vollständigkeit der Angaben auf Ihrer Rechnung (Rechnungsanschrift siehe Teilnahmevereinbarung unterste Zeile)!

Falls Sie weitere Fragen zur Durchführung der Untersuchungen oder den Fragebögen haben, wenden Sie sich bitte an das Koordinationszentrum in Sankt Augustin.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Einverständniserklärung

Ich bzw. mein Kind habe/ hat das Informationsblatt zur Langzeitbeobachtung bei der Therapie der juvenilen idiopathischen Arthritis im Kindes- und Jugendalter mit „Biologika“ gelesen und erkläre mich/uns unter folgenden Voraussetzungen bereit, dass mein Kind an dieser Langzeitbeobachtung teilnimmt: → Die Langzeitbeobachtung nimmt keinen Einfluss auf die Behandlung meines Kindes

- Bei der Erfassung und Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse bleiben die Daten meines Kindes wie beschrieben pseudonymisiert und die Vertraulichkeit dieser Daten wird gewährleistet.
- Mir ist bekannt, dass die Daten zentral und zugriffsbeschränkt gespeichert und ausgewertet werden. Nach Ende des Projektes werden diese dann 10 Jahre beim Sponsor des Projektes, Prof. Dr. med. Gerd Horneff in der Asklepios Klinik Sankt Augustin archiviert.
- Bei Widerruf meiner Einverständniserklärung können die Daten auf Wunsch gelöscht werden.
- Ich kann die Teilnahme meines Kindes an der Langzeitbeobachtung jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen, wodurch meinem Kind keine Nachteile entstehen.
- Nach Erreichen der Volljährigkeit wird der Patient gebeten, mit eigener Unterschrift die Fortführung der Teilnahme am Register zu bestätigen. Mein Kind kann dann aber auch seine Teilnahme widerrufen.
- Bei Auftreten von schwerwiegenden, meldepflichtigen Nebenwirkungen gestatte ich dem Hersteller des Medikaments unter Wahrung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht, Kontakt mit unserem behandelnden Arzt aufzunehmen.
- Ebenso entbinde ich den Arzt meines Kindes gegenüber Mitarbeitern der zuständigen Behörden und Mitarbeitern des Projektleiters von seiner Schweigepflicht insofern, als diese Personen (welche selbstverständlich auch der Schweigepflicht unterliegen) zur Überprüfung der korrekten Datenübertragung und zur Kontrolle der ordnungsgemäßen Durchführung des Registers Einsicht in die im Rahmen dieses Projektes erfolgten Originalaufzeichnungen nehmen können.

Den Inhalt der vorliegenden Einverständniserklärung habe ich verstanden und bin mit den Voraussetzungen einverstanden. Ich wurde durch meinen Arzt umfassend über die Teilnahme an diesem Register aufgeklärt und ich hatte die Möglichkeit eventuelle Fragen an ihn zu stellen. Eine Kopie der Einverständniserklärung verbleibt bei mir. Mir ist bewusst, dass mein Kind über die normale Haftpflichtversicherung der Klinik versichert ist, da keine Untersuchungen außerhalb der normalen klinischen Routine erfolgen.

!! Bitte gut lesbar in Druckbuchstaben schreiben !!

(ggf.) **Patient/in:**

Name, Vorname Datum, Unterschrift

Mutter:

Name, Vorname Datum, Unterschrift

Vater:

Name, Vorname Datum, Unterschrift

Aufklärende Ärztin/aufklärender Arzt:

Name, Vorname Datum, Unterschrift

Diese Einverständniserklärung verbleibt aus Datenschutzgründen beim aufklärenden Arzt/Ärztin und wird „NICHT“ an das Koordinationszentrum gesandt!

Patienteninformation

Lieber Patient, liebe Patientin,

bei Dir wird eine Behandlung der juvenilen idiopathischen Arthritis mit den folgenden Medikamenten durchgeführt, deren Wirksamkeit in Studien, also Untersuchungen unter kontrollierten Bedingungen, nachgewiesen wurde.

Name des Medikaments: _____

Das Register, das Dir mit dieser Information vorgestellt werden soll, hat zum Ziel, die Wirksamkeit und die Verträglichkeit der Medikamente bei vielen Kindern zu beobachten und aufzuschreiben. Da jeder einzelne Kinderrheumatologe nur eine geringe Anzahl von Kindern mit juveniler idiopathischer Arthritis mit solchen Medikamenten behandelt, kann erst eine Zusammenstellung der Behandlungsergebnisse von vielen Kindern bei mehreren Kinderrheumatologen Aufschluss über mögliche Wirkungen oder Nebenwirkungen geben.

So werden alle wichtigen Daten zum Krankheitsverlauf und alle Komplikationen, die Art der Therapie und alle während der Therapie beobachteten Ereignisse gesammelt und berichtet, auch wenn nach Einschätzung Deines Arztes kein ursächlicher Zusammenhang mit der Erkrankung oder mit der Medikamenteneinnahme besteht. Es sind keine zusätzlichen Untersuchungen notwendig, es wird nur deine normale Routinebehandlung dokumentiert. Wir bitten dich oder deine Eltern jedoch, noch einen Fragebogen über dein Wohlergehen auszufüllen (Zeitaufwand: <5 min beim Start, dann nach 3 Monaten und danach nur noch alle 6 Monate.) Ebenfalls soll berichtet werden, ob die Therapie beendet werden musste, vielleicht weil Nebenwirkungen aufgetreten sind oder weil sie sich als unwirksam erwiesen haben. Auch könnte es sein, dass bei erfolgreicher Therapie und fehlenden Krankheitserscheinungen die Behandlung beendet wird. In diesem Fall ist es wichtig zu wissen, bei wie vielen Kindern und Jugendlichen nach Beendigung der Therapie ein erneuter Krankheitsschub beobachtet wird.

Zwischenzeitlich werden alle teilnehmenden Ärzte regelmäßig darüber informiert, ob unter einer solchen Behandlung unerwünschte Ereignisse aufgetreten sind. Dann können alle Patienten nach gleichförmigen unerwünschten Ereignissen befragt bzw. daraufhin untersucht werden.

Somit hast auch Du einen Vorteil aus der zentralen Dokumentation der Untersuchungsergebnisse im Register.

Alle deine Daten werden im Rahmen des Projekts ausschließlich pseudonymisiert erfasst, was bedeutet, dass außer deinem behandelnden Arzt niemand deine Identität erfährt. Hierfür erstellt dein Arzt den 4-stelligen Patientencode aus dem 2. Buchstabe Vorname + Anzahl Buchstaben Vorname und dem 2. Buchstabe Nachname + Anzahl Buchstaben Nachname (z.Bsp.: A4E6). Nur dein behandelnder Arzt kann so deine Identität erkennen.

Auch wenn Du dich gegen eine Dokumentation der Untersuchungsergebnisse entscheiden solltest, wird dies die Behandlung durch Deinen Arzt in keiner Weise beeinflussen. Der Rücktritt von der Einverständniserklärung ist jederzeit ohne Angabe von Gründen möglich und führt nicht zu Nachteilen für deine weitere medizinische Behandlung. Im Falle des Rücktritts werden die bisher gesammelten Daten auf Wunsch vernichtet.

Generell kannst du nach Erreichen der Volljährigkeit deine Teilnahme widerrufen.

Wenn Du alles verstanden hast und Du Dich entschieden hast an diesem Register teilzunehmen, dann kannst Du auf der gemeinsamen Einwilligungserklärung zusammen mit Deinen Eltern und Deiner Ärztin/Deinem Arzt unterschreiben.

Wir danken Dir für Deine Mitarbeit!

--	--	--	--	--	--

Datum

Name des aufklärenden Arztes

Unterschrift des Arztes

Elterninformation

Sehr geehrte Eltern,

bei Ihrem Kind erfolgt eine medikamentöse Behandlung der juvenilen idiopathischen Arthritis. In klinischen Studien konnte die Wirksamkeit dieser Medikamente bei der Behandlung der juvenilen idiopathischen Arthritis nachgewiesen werden.

Dennoch besteht bei allen Medikamenten in Einzelfällen das Risiko von Nebenwirkungen.

Das Register, das Ihnen mit dieser Information vorgestellt werden soll, hat zum Ziel, Kenntnisse darüber zu erhalten, welche Wirkungen und welche Nebenwirkungen während einer Behandlung im Kindes- und Jugendalter beobachtet werden können. Da voraussichtlich jeder tätige Kinderrheumatologe nur wenige Patienten behandelt, kann nur durch die Zusammenstellung der Untersuchungsergebnisse eine verlässliche Grundlage geschaffen werden, über Wirkungen und Nebenwirkungen Aussagen tätigen zu können. Insbesondere die seltener auftretenden Risiken zu dokumentieren ist uns ein Anliegen. Von der Zusammenstellung der Informationen können Sie bzw. Ihr Kind wiederum profitieren.

Von allen Patienten, die mit diesen Medikamenten behandelt werden, sollen in pseudonymisierter Form Daten über den Krankheitsverlauf und aufgetretene Nebenwirkungen gesammelt und zentral ausgewertet werden. Pseudonymisiert bedeutet, daß außer Ihrem behandelnden Arzt niemand die Identität des dokumentierten Patienten erfährt. Hierfür erstellt Ihr Arzt den 4-stelligen Patientencode aus dem 2. Buchstabe Vorname + Anzahl Buchstaben Vorname und dem 2. Buchstabe Nachname + Anzahl Buchstaben Nachname. (z.Bsp.:A4E6)

Der Name Ihres Kindes wird von Ihrem Arzt zu keiner Zeit an die Register-Mitarbeiter oder evtl. Behörden mitgeteilt, so dass die Identität Ihres Kindes immer gewahrt bleibt.

Die pseudonymisierten Daten Ihres Kindes werden zentral und zugriffsbeschränkt gespeichert. Nach Ende des Projektes werden die Daten 10 Jahre beim Sponsor des Projektes, Prof. Dr. med. Gerd Horneff in der Asklepios Klinik Sankt Augustin archiviert.

Erhoben werden Daten der routinemäßigen Verlaufskontrollen aus klinischer Untersuchung, ggf. Bildgebung, sowie wenn routinemäßig Laborwerte erhoben werden und Einzelheiten bei Nebenwirkungen. Es sind keine zusätzlichen Maßnahmen für das Projekt nötig!

Wir möchten Sie bitten, Fragebögen über das Wohlergehen Ihres Kindes und eventuell aufgetretene Nebenwirkungen auszufüllen (Zeitaufwand<5min.) Diese Fragebögen für Ihr Kind erhalten Sie dann wieder bei Ihren folgenden Besuchen bei Ihrem Arzt einmal nach 3, dann alle 6 Monate. So werden alle wichtigen Daten zum Krankheitsverlauf und alle Komplikationen, die Art der Therapie und alle während der Therapie beobachteten Ereignisse dokumentiert. Zwischenzeitlich werden alle teilnehmenden Ärzte regelmäßig über den Krankheitsverlauf, die Art der Therapie und alle während der Therapie beobachteten unerwünschten Ereignisse informiert. Dann können alle Patienten nach gleichförmigen Ereignissen befragt bzw. auf unerwünschte Ereignisse hin untersucht werden. Somit hat auch Ihr Kind einen Vorteil aus der zentralen Dokumentation der Untersuchungsergebnisse im Register.

Auch wenn Sie sich gegen eine Dokumentation und Untersuchungsergebnisse entscheiden sollten, wird dies die Behandlung durch Ihren Arzt in keiner Weise beeinflussen. Der Rücktritt von der Einverständniserklärung ist jederzeit ohne Angabe von Gründen möglich und führt nicht zu Nachteilen für die weitere Behandlung. Im Falle des Rücktritts von der Einverständniserklärung werden die bisher gesammelten Daten auf Wunsch vernichtet.

Nach Erreichen der Volljährigkeit wird der Patient gebeten, mit eigener Unterschrift die Fortführung der Teilnahme am Register zu bestätigen. Der Patient kann aber nach Erreichen der Volljährigkeit seine Teilnahme auch widerrufen. Falls Sie im Verlauf der Teilnahme Ihres Kindes an diesem Register Fragen haben, bzw. eine Nebenwirkung melden möchten, können Sie diese jederzeit an den behandelnden Arzt Ihres Kindes stellen, oder können sich dazu bei dem Leiter dieses Projektes Prof. Dr. med. Gerd Horneff melden bzw. sich auf der Homepage www.biker-register.de erkundigen.

Wir danken für Ihre Mithilfe!

Datum

Name des aufklärenden Arztes

Unterschrift des Arztes

Register zur Dokumentation der Therapie der juvenilen idiopathischen Arthritis im Kindes- und Jugendalter

Einschreibung

Patienten-Code: (1)

Geburtsdatum:

(1) Patientencode = 2. Buchstabe + Anzahl Buchstaben Vorname + 2. Buchstabe Familienname + Anzahl Buchstaben Familienname
(Beispiel: Alfons Mustermann = L6U10)

Therapiebeginn am

Fax der Einschreibung und der Arzt - Patientenbögen T₀ an das Koordinationszentrum

unter Fax: 02241/249-203 am: _____

Datum

Unterschrift des Arztes

!! Einschlusskriterien !!

- **Diagnose juvenile idiopathische Arthritis**
- **Erstbeginn der Therapie mit einem für die Indikation zugelassenen biologischen Arzneimittel**
- **Alter < 18 Jahre bei Therapiebeginn**
- **Dauerhafte Betreuung vorgesehen (> 1 Jahr bzw. Transition zur Weiterdokumentation organisiert)**

NEU-verabreichtes Biologikum: _____

Folgezeitpunkte	geplanter Termin	Fragebögen ausgefüllt	Versanddatum	Handzeichen
T ₀ Therapiestart	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	o	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	_____
T ₁	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	o	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	_____
T ₂	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	o	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	_____
T ₃	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	o	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	_____
T ₄	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	o	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	_____
T ₅	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	o	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	_____
T ₆	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	o	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	_____
T ₇	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	o	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	_____
T ₈	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	o	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	_____
T ₉	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	o	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	_____
T ₁₀	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	o	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	_____
T ₁₁	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	o	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	_____

Ersterhebungsbogen Seite 1



Patientencode: weiblich männlich

Geburtsdatum:

Nationalität : _____ Ethnie kaukasisch asiatisch afrikanisch

andere: _____

Krankenversicherung: GKV PKV k.A. Familieneinkommen: hoch mittel niedrig k.A.

Datum Einverständniserklärung **von Eltern** **Kind>12J.**

Erkrankungsbeginn

Diagnose nach ILAR (JIA)

Typ 1 Systemische Arthritis Typ 4b Erweiterter Oligoarthritis

Typ 2 Sero-negative Polyarthritis Typ 5 Enthesitis und Arthritis

Typ 3 Sero-positive Polyarthritis Typ 6 Psoriasis und Arthritis

Typ 4a Persistierende Oligoarthritis Typ 7 Nicht eindeutig klassifizierbare JIA

ANA negativ positiv nicht bestimmt

HLA-B27 negativ positiv nicht bestimmt

CCP-Antikörper negativ positiv nicht bestimmt

Begleiterkrankungen	aktuell		jeweils		Erstdiagnose Monat / Jahr	spezielle Diagnose:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Alkohol-, Medikamenten-, Drogenabusus:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Allergien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Augenerkrankung (außer Uveitis):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Endokrinolog./Stoffwechsel-Erk.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Erkrankung der Atemwege/Lunge:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Gastrointestinale Erkrankung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Hämatologische Erkrankung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Hauterkrankung (z.B. Psoriasis):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Kardiovaskuläre Erkrankung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Krebserkrankung/ Neoplasie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Lebererkrankung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Makrophagenaktivierungssyndrom (MAS):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Neurologische Erkrankung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Nierenerkrankung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Psychische Erkrankung/Depression:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Tuberkuloseerkrankung/-exposition:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Uveitis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____

Ersterhebungsbogen Seite 2

Patientencode:

Geburtsdatum:

Infektanamnese Masern Varizellen unbekannt

Impfanamnese BCG HepB Polio MMR DTP HiB
 Pneumokokken Meningokokken Varizellen HPV Rotaviren
 unbekannt

Bisherige Therapie

aktuell jemals Therapiebeginn (TT.MM.JJ) Therapieende (TT.MM.JJ)

NSAR (Wirkstoff):

1.

2.

Kortikosteroid (Wirkstoff):

Abatacept

Adalimumab.....

Anakinra

Azathioprin

Canakinumab

(OH)Chloroquin

Cyclosporin A

Etanercept

Golimumab

Infliximab

Leflunomid

Methotrexat

Rituximab

Sulfasalazin

Tocilizumab.....

Triamcinolon i.a. Punktionen/Anz.: letzte Injektion:

Andere: _____

Datum

Name des Arztes

Unterschrift des Arztes

Aktuelles Datum:	<input type="text"/>					
Patientencode:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Geburtsdatum: <input type="text"/>

Kann Ihr Kind / kannst Du:

		OHNE Probleme	EINIGE Probleme	GROSSE Probleme	UNMÖGLICH	Nicht anwendbar
ANKLEIDEN UND KÖRPERPFLEGE						
1	- Sich/Dich alleine anziehen, Schnürsenkel und Knöpfe zu machen?	0	0	0	0	0
2	- Sich/Dir die Haare waschen?	0	0	0	0	0
3	- die Socken ausziehen?	0	0	0	0	0
4	- die Fingernägel schneiden?	0	0	0	0	0
AUFSTEHEN						
5	- von einem niedrigen Stuhl oder vom Boden aufstehen?	0	0	0	0	0
6	- ins Bett oder aus dem Bett steigen, oder in einem Kinderbett aufstehen?	0	0	0	0	0
ESSEN						
7	- Fleisch selbst schneiden?	0	0	0	0	0
8	- eine Tasse / Glas zum Mund führen?	0	0	0	0	0
9	- eine neue Packung "Cornflakes" öffnen?	0	0	0	0	0
GEHEN						
10	- im Freien auf ebenem Boden gehen?	0	0	0	0	0
11	- fünf Stufen hinaufsteigen?	0	0	0	0	0
KÖRPERPFLEGE						
12	- den ganzen Körper waschen und abtrocknen?	0	0	0	0	0
13	- baden (in die Wanne hinein- bzw. aus der Wanne heraus steigen)?	0	0	0	0	0
14	- sich/Dich auf die Toilette bzw. den Nachttopf setzen und davon aufstehen?	0	0	0	0	0
15	- Zähne putzen?	0	0	0	0	0
16	- Haare kämmen/bürsten?	0	0	0	0	0
REICHWEITE						
17	- einen schweren Gegenstand, z.B. ein großes Spiel oder Bücher, gerade über Kopfhöhe erreichen und herunter holen?	0	0	0	0	0
18	- sich/Dich bücken, um ein Kleidungsstück oder ein Stück Papier vom Boden aufzuheben?	0	0	0	0	0
19	- einen Pullover über den Kopf anziehen?	0	0	0	0	0
20	- den Kopf drehen, um über die Schulter zurückzuschauen?	0	0	0	0	0
GREIFEN						
21	- mit Kugelschreiber / Bleistift kritzeln oder schreiben?	0	0	0	0	0
22	- Autotüren öffnen?	0	0	0	0	0
23	- (z.B. Marmelade-) Gläser auf machen, die schon mal geöffnet waren?	0	0	0	0	0
24	- Wasserhähne auf- und zudrehen?	0	0	0	0	0
25	- eine Tür mit Drehknopf aufschieben?	0	0	0	0	0
TÄTIGKEITEN						
26	- Besorgungen machen und einkaufen?	0	0	0	0	0
27	- Einsteigen in ein Auto, Spielauto oder Schulbus und aussteigen?	0	0	0	0	0
28	- Fahrrad oder Dreirad fahren?	0	0	0	0	0
29	- Hausarbeiten machen (z.B. abspülen, Müll hinaus bringen, staubsaugen, Gartenarbeit, Bett machen, Zimmer reinigen)?	0	0	0	0	0
30	- Rennen und spielen?	0	0	0	0	0

Fragebogen zur Gesundheitsbewertung im Kindesalter Seite 2

Aktuelles Datum:	<input type="text"/>	Patientencode:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
------------------	----------------------	----------------	----------------------	---------------	----------------------

Bitte kreuzen Sie alle Hilfsmittel / Hilfsgeräte an, die Ihr

Kind gewöhnlich für eine der nachfolgend genannten Tätigkeiten benutzt:	
	ANKLEIDEN UND KÖRPERPFLEGE / AUFSTEHEN / ESSEN / GEHEN
<input type="radio"/>	Mein Kind benötigt für o.a. Tätigkeiten keine Hilfsmittel / -geräte
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Gehstock <input type="radio"/> Gehwagen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Gehstützen <input type="radio"/> Rollstuhl
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Hilfen zum Anziehen (Knöpfhaken, Reißverschluss, Zieher, langer Schuhanzieher o.ä.)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Bleistiftverdickung oder spezielle Schere oder Schreibgeräte
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Spezialstuhl oder Sitzerhöhung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Andere Hilfsmittel (bitte angeben):

Bitte kreuzen Sie die Bereiche an, bei denen Ihr Kind **AUFGRUND SEINER**

ERKRANKUNG normalerweise die Hilfe einer anderen Person	
<input type="radio"/>	Mein Kind benötigt für oben angeführte Bereiche keine Hilfe
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ankleiden und Körperpflege <input type="radio"/> Gehen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Essen <input type="radio"/> Aufstehen

Bitte kreuzen Sie alle Hilfsmittel / Hilfsgeräte an, die Ihr

Kind gewöhnlich für eine der nachfolgend genannten Tätigkeiten benutzt:	
	KÖRPERPFLEGE / REICHWEITE / GREIFEN / TÄTIGKEITEN
<input type="radio"/>	Mein Kind benötigt für o.a. Tätigkeiten keine Hilfsmittel / -geräte
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> erhöhter Toilettensitz <input type="radio"/> Badewannensitz
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Haltegriff an der Badewanne <input type="radio"/> Badegeräte mit langem Griff (z.B. Bürste)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Griffverlängerung zum Erreichen von Gegenständen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Schraubglasöffner (z.B. für schon einmal geöffnete Marmeladegläser)

Bitte kreuzen Sie die Bereiche an, bei denen Ihr Kind **AUFGRUND SEINER**

ERKRANKUNG normalerweise die Hilfe einer anderen Person benötigt	
<input type="radio"/>	Mein Kind benötigt für oben angeführte Bereiche keine Hilfe
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Körperpflege (Hygiene) <input type="radio"/> Greifen und Öffnen von Gegenständen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Bewegungen des Alltagslebens <input type="radio"/> Besorgungen und häusliche Aufgaben

Schmerz: Wir möchten gerne wissen, ob Ihr Kind durch seine Erkrankung Schmerzen hat. Wie stark schätzen Sie die krankheitsbedingten Schmerzen **während der letzten Woche** ein?
 Setzen Sie bitte unten auf der durchgezogenen Linie eine entsprechende Markierung:

0 _____ 100
 Keine Schmerzen Sehr starke Schmerzen

Gesamtbeurteilung: Bitte bewerten Sie, wie es Ihrem Kind geht, wenn Sie alle Beeinträchtigungen und Probleme durch die Erkrankung berücksichtigen, indem Sie eine Markierung unten auf der durchgezogenen Linie setzen:

0 _____ 100
 Sehr gut Sehr schlecht

Therapieverlauf Seite 1/3

Klinik/Praxis-Stempel

Monat (aktuelles Biologikum): 0 3 6 12 18 24 30 36 42

Weitere Dokumentation, Monat:

Aktuelles Datum:

Patientencode:

Größe: , cm Geburtstermin:

Gewicht: , kg

BSG mm/1. Std CRP , mg/l oder CRP , mg/dl nicht bestimmt

Aktuelle Medikation

	Name		Tagesdosis
NSAR	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> parenteral	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
Steroide	<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
Steroidstoßtherapie	<input type="text"/>	Intervall: an <input type="text"/> Tagen alle <input type="text"/> Wochen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
Intraartikulär	Datum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Anzahl Gelenke <input type="text"/> <input type="text"/>	

Biologika/DMARD		Einzeldosis	Intervall	ggf. Restart am
<input type="checkbox"/> Methotrexat	<input type="checkbox"/> p.o. <input type="checkbox"/> s.c.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg	<input type="text"/> / Woche oder alle <input type="text"/> Tage	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Sulfasalazin		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg	<input type="text"/> / Tag	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> (OH)Chloroquin		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg	<input type="text"/> / Tag	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Abatacept		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg	alle <input type="text"/> Wochen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Adalimumab		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg	alle <input type="text"/> Wochen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Canakinumab		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg	alle <input type="text"/> Wochen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Etanercept		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg	<input type="text"/> / Woche oder alle <input type="text"/> Tage	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Golimumab		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg	alle <input type="text"/> Wochen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Tocilizumab	<input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> s.c.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg	alle <input type="text"/> Wochen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

weitere Medikation

<input type="text"/>	oral	parenteral	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg	<input type="text"/> /Tag	<input type="text"/> /Woche	alle <input type="text"/> Wochen
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg	<input type="text"/> /Tag	<input type="text"/> /Woche	alle <input type="text"/> Wochen
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg	<input type="text"/> /Tag	<input type="text"/> /Woche	alle <input type="text"/> Wochen

Besteht bei dem Patienten eine auf die JIA zurückzuführende

aktive Gelenkentzündung? nein ja Splenomegalie? nein ja

Hautausschlag? nein ja Hepatomegalie? nein ja

Uveitis? nein ja Serositis? nein ja

generalisierte Lymphadenopathie? nein ja Fieber? nein ja, max. , °C

Hinweise auf ein Makrophagenaktivierungssyndrom (MAS)? nein ja

Morgensteifigkeit? nein ja, min

Knochendichtemessung erfolgt? nein ja Datum unbekannt

Ergebnis: normal verändert

Pubertätsstatus (nach Tanner 1-5) P B T nicht bestimmt

Menarche nein ja, im Alter von (Jahre) unbekannt

Therapieverlauf Seite 2/3

Aktuelles Datum	<input type="text"/>			
Patientencode	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Aktueller Gelenkstatus Keine Gelenke mit pathologischem Befund

	Schmerz					Schwellung					Bewegungseinschränkung									
	rechts		links			rechts		links			rechts		links							
Kiefergelenke																				
Sternoclavicular																				
Schulter																				
Ellbogen																				
Hand																				
MCP	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PIP	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
DIP		2	3	4	5		2	3	4	5		2	3	4	5		2	3	4	5
Hüfte																				
Knie																				
OSG																				
USG																				
Tarsus																				
MTP	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PIP	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
HWS																				
BWS																				
LWS																				
ISG																				

Bitte zutreffendes Gelenk ankreuzen oder schwärzen

Arzturteil. Wie aktiv ist die Krankheit im Augenblick?

inaktiv _____ aktiv

Wie beurteilen Sie den Therapieerfolg?

sehr gut gut wenig kein schlecht

Wie beurteilt der Patient den Therapieerfolg?

sehr gut gut wenig kein schlecht

Liegt ein Schub der Erkrankung vor? nein ja

Start Schub

Nachfolgende Therapieentscheidung _____

Wurde seit der letzten Dokumentation ein Biologikum/Basistherapie beendet? nein ja

Welches: _____ Datum der letzten Anwendung

Begründung für den Therapieabbruch

Ineffektivität nein ja

Wunsch des Patienten nein ja

Nebenwirkungen/Unverträglichkeit nein ja Falls „ja“, bitte auf Seite 3/3 dokumentieren!

Remission der Erkrankung nein ja

Andere Gründe nein ja, folgende: (bitte beschreiben)

Nachfolgende Therapie/ Kommentar des Therapeuten

Klinik/Praxis-Stempel

Unerwünschtes Ereignis

Pat.-Nr (vom Koordinationszentrum auszufüllen)
 Pat.-Code Geburtsdatum

Auftreten eines **unerwünschten Ereignisses** seit der letzten Visite? nein ja, bitte unten dokumentieren
 Auftreten eines **unerwünschten Ereignisses von besonderem Interesse**: (bitte spezielles Formblatt zusätzlich ausfüllen:
 kann unter www.biker-register.de ausgedruckt werden)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anaphylaxie/Hypersensitivität | <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Sarkoidose / sarkoidale Reaktion |
| <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankungen (incl. Psoriasis) | <input type="checkbox"/> Ineffektivität/Krankheitsschub | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Blutungen | <input type="checkbox"/> Infektionen, schwer | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft |
| <input type="checkbox"/> Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) | <input type="checkbox"/> Infektionen, opportunistisch (incl. TBC) | <input type="checkbox"/> Serumkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Demyelinisierende Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Kardiovaskuläres Event | <input type="checkbox"/> Systemischer Lupus erythematodes |
| <input type="checkbox"/> Depression/Suizidalität | <input type="checkbox"/> Makrophagenaktivierungssyndrom (MAS) | <input type="checkbox"/> Thrombotische Ereignisse |
| <input type="checkbox"/> Gastrointestinale Perforation | <input type="checkbox"/> Maligne Erkrankung | <input type="checkbox"/> Uveitis |
| <input type="checkbox"/> Hepatische Ereignisse (mit Transaminasenerhöhung) | <input type="checkbox"/> Off-label-Use | <input type="checkbox"/> Vaskulitis |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B Reaktivierung | <input type="checkbox"/> Probleme mit Verabreichung/Dosis | <input type="checkbox"/> Zytopenie /hämatolog.Reaktion |

AE-Anfang AE-Ende

Ereignis (kurze Beschreibung der Symptome und Diagnostikergebnisse, welche die Diagnose bestätigen)

Finale / Entlassungs-Diagnose _____ unbekannt

<p>Kodierung Qualität</p> <input type="checkbox"/> Todesfolge <input type="checkbox"/> Lebensbedrohend <input type="checkbox"/> Hospitalisierung <input type="checkbox"/> bleibende Behinderung <input type="checkbox"/> bösartiger Tumor/Malignom <input type="checkbox"/> med. bedeutende Überdosierung <input type="checkbox"/> angeborene Anomalie oder Geburtsfehler <input type="checkbox"/> notfallmäßig med. Intervention <input type="checkbox"/> nicht schwerwiegend	<p>Kodierung Intensität</p> <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> moderat <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> ernsthaft	<p>AE-Ausgang</p> <input type="checkbox"/> wiederhergestellt <input type="checkbox"/> nicht wiederhergestellt <input type="checkbox"/> bleibender Schaden <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Exitus <input type="checkbox"/> verbessert <input type="checkbox"/> verschlechtert Ggf.Todesdatum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>Kausalität (Ziffer/Kodierung s.u.)</p> <input type="checkbox"/> Grunderkrankung <input type="checkbox"/> Begleiterkrankung	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> MTX</td> <td><input type="checkbox"/> Abatacept</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sulfasalazin</td> <td><input type="checkbox"/> Adalimumab</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (OH-)Chloroquin</td> <td><input type="checkbox"/> Canakinumab</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Etanercept</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Golimumab</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Tocilizumab</td> </tr> </table> <p>Weitere Medikamente: <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Kodierung Kausalität 1 = sicher 4 = unwahrscheinlich 2 = wahrscheinlich 5 = kein Zusammenhang 3 = möglich 6 = unbekannt</p>	<input type="checkbox"/> MTX	<input type="checkbox"/> Abatacept	<input type="checkbox"/> Sulfasalazin	<input type="checkbox"/> Adalimumab	<input type="checkbox"/> (OH-)Chloroquin	<input type="checkbox"/> Canakinumab		<input type="checkbox"/> Etanercept		<input type="checkbox"/> Golimumab		<input type="checkbox"/> Tocilizumab
<input type="checkbox"/> MTX	<input type="checkbox"/> Abatacept															
<input type="checkbox"/> Sulfasalazin	<input type="checkbox"/> Adalimumab															
<input type="checkbox"/> (OH-)Chloroquin	<input type="checkbox"/> Canakinumab															
	<input type="checkbox"/> Etanercept															
	<input type="checkbox"/> Golimumab															
	<input type="checkbox"/> Tocilizumab															

Medikation der letzten 14 Tage vor AE	Handelsname und Wirkstoff	Dosis und Intervall
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/> mg <input type="text"/> / Tag(e) / Woche
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/> mg <input type="text"/> / Tag(e) / Woche
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/> mg <input type="text"/> / Tag(e) / Woche
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/> mg <input type="text"/> / Tag(e) / Woche

Wurde die Therapie mit dem Biologikum unterbrochen? nein ja, Anzahl ausgelassene Applikationen
 Besserung des Ereignisses nach Beendigung der Medikation? nein ja

Relevante Laborparameter

Parameter	Wert	Einheit	Normalbereich
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 Datum Name des Arztes Unterschrift des Arztes