

Ersterhebungsbogen Seite 1

Patientencode: weiblich männlich
 Geburtsdatum:

Nationalität : _____ Ethnie kaukasisch asiatisch afrikanisch
 andere: _____

Krankenversicherung: GKV PKV k.A. Familieneinkommen: hoch mittel niedrig k.A.
Einverständniserklärung, Datum von Eltern Kind > 12J.

Erkrankungsbeginn

Diagnose nach ILAR (JIA)

1 Systemische Arthritis 42 Erweiterter Oligoarthritis Uveitis
 2 Sero-negative Polyarthritis 5 Enthesitis und Arthritis
 3 Sero-positive Polyarthritis 6 Psoriasis und Arthritis
 41 Persistierende Oligoarthritis 7 Nicht eindeutig klassifizierbare JIA

ANA negativ positiv nicht bestimmt
 HLA-B27 negativ positiv nicht bestimmt
 CCP-Antikörper negativ positiv nicht bestimmt

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

Ersterhebungsbogen Seite 2

Patientencode: <input style="width: 100px;" type="text"/>	Geburtsdatum: <input style="width: 100px;" type="text"/>
-----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------

Infektanamnese Masern, ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Varizellen, ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>			
Impfanamnese <input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> HepB	<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> MMR	<input type="checkbox"/> DTP	<input type="checkbox"/> HiB
<input type="checkbox"/> Pneumokokken	<input type="checkbox"/> Meningokokken	<input type="checkbox"/> Varizellen	<input type="checkbox"/> HPV	<input type="checkbox"/> Rotaviren	
<input type="checkbox"/> unbekannt					

Bisherige Therapie	aktuell	jemals	Therapiebeginn (TT.MM.JJ)	Therapieende (TT.MM.JJ)
NSAR (Wirkstoff):				
1. <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
2. <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Kortikosteroid (Wirkstoff):				
<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Abatacept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Adalimumab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Anakinra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Azathioprin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Canakinumab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
(OH-)Chloroquin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Cyclosporin A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Etanercept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Golimumab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Infliximab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Leflunomid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Methotrexat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Rituximab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Sulfasalazin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Tocilizumab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Triamcinolon i.a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Punktionen/Anz.: <input style="width: 20px;" type="text"/>	letzte Injektion: <input style="width: 20px;" type="text"/>
Andere: _____				
<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>

<input style="width: 100px;" type="text"/> Datum	<input style="width: 100px;" type="text"/> Name des Arztes	<input style="width: 100px;" type="text"/> Unterschrift des Arztes
-----------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

Klinik/Praxis-Stempel

Monat (aktuelle Basistherapie): 0 3 6 12 18 24 30 36 42
 Weitere Dokumentation, Woche bzw. Monat:

Datum Visite:
 Patientencode: Geburtsdatum:
 Größe: , cm 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="text"/> mg
Steroide	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> parenteral	<input type="text"/> mg
Steroidstoßtherapie	<input type="text"/>	Intervall: an <input type="checkbox"/> Tagen alle <input type="checkbox"/> Wochen	<input type="text"/> mg
Intraartikulär	Datum: <input type="text"/>	Anzahl Gelenke	<input type="text"/>

Biologika/DMARD

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

weitere Medikation

	oral	parenteral	<input type="text"/> mg	<input type="checkbox"/> /Tag	<input type="checkbox"/> /Woche	alle <input type="checkbox"/> Wochen
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg	<input type="checkbox"/> /Tag	<input type="checkbox"/> /Woche	alle <input type="checkbox"/> Wochen
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg	<input type="checkbox"/> /Tag	<input type="checkbox"/> /Woche	alle <input type="checkbox"/> 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	5
PIP	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	5
DIP		2	3	4	5		2	3	4	5		2	3	4	5	5
Hüfte																
Knie																
OSG																
USG																
Tarsus																
MTP	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	5
PIP	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	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

Therapieverlauf Seite 3/3

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"/> Hypertonie | <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 Damerkrankungen (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 erythematoses |
| <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

Kodierung Qualität

- Todesfolge
- Lebensbedrohend
- Hospitalisierung
- bleibende Behinderung
- bösartiger Tumor/Malignom
- med. bedeutende Überdosierung
- angeborene Anomalie oder Geburtsfehler
- notfallmäßig med. Intervention
- nicht schwerwiegend

Kodierung Intensität

- leicht
- moderat
- schwer
- ernsthaft

AE-Ausgang

- wiederhergestellt
- nicht wiederhergestellt
- bleibender Schaden
- unbekannt
- Exitus
- verbessert
- verschlechtert

Ggf. Todesdatum

Kausalität (Ziffer/Kodierung s.u.)

- Grunderkrankung**
- Begleiterkrankung**

- | | |
|------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MTX | <input type="checkbox"/> Abatacept |
| <input type="checkbox"/> Sulfasalazin | <input type="checkbox"/> Adalimumab |
| | <input type="checkbox"/> Anakinra |
| <input type="checkbox"/> (OH-)Chloroquin | <input type="checkbox"/> Canakinumab |
| | <input type="checkbox"/> Etanercept |
| | <input type="checkbox"/> Golimumab |
| | <input type="checkbox"/> Tocilizumab |

Weitere Medikamente:

Kodierung Kausalität

- | | |
|--------------------|-----------------------|
| 1 = sicher | 4 = unwahrscheinlich |
| 2 = wahrscheinlich | 5 = kein Zusammenhang |
| 3 = möglich | 6 = unbekannt |

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 / Monat
2. <input type="text"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/> / Tag(e) / Woche / Monat
3. <input type="text"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/> / Tag(e) / Woche / Monat
4. <input type="text"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/> / Tag(e) / Woche / Monat

Wurde die Therapie mit dem Basismedikament 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

Aktuelles Datum: Patientencode: Geburtsdatum:

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 style="width: 50px;" type="text"/>	
Patientencode: <input style="width: 50px;" type="text"/>	Geburtsdatum: <input style="width: 50px;" 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"/> Gehstock <input type="radio"/> Gehwagen
	<input type="radio"/> Gehstützen <input type="radio"/> Rollstuhl
	<input type="radio"/> Hilfen zum Anziehen (Knöpfhaken, Reißverschluss, Zieher, langer Schuhanzieher o.ä.)
	<input type="radio"/> Bleistiftverdickung oder spezielle Schere oder Schreibgeräte
	<input type="radio"/> Spezialstuhl oder Sitzerhöhung
	<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"/> Ankleiden und Körperpflege <input type="radio"/> Gehen
	<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"/> erhöhter Toilettensitz <input type="radio"/> Badewannensitz
	<input type="radio"/> Haltegriff an der Badewanne <input type="radio"/> Badegeräte mit langem Griff (z.B. Bürste)
	<input type="radio"/> Griffverlängerung zum Erreichen von Gegenständen
	<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"/> Körperpflege (Hygiene) <input type="radio"/> Greifen und Öffnen von Gegenständen
	<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