

**Ersterhebungsbogen** Seite 1

Patientencode:

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)**

Systemische Arthritis  Erweiterter Oligoarthritis  Uveitis

Sero-negative Polyarthritis  Enthesitis und Arthritis

Sero-positive Polyarthritis  Psoriasis und Arthritis

Persistierende Oligoarthritis  Nicht klassifizierbare JIA

ANA  negativ  positiv  nicht bestimmt

HLA-B27  negativ  positiv  nicht bestimmt

CCP-Antikörper  negativ  positiv  nicht bestimmt

Begleiterkrankungen			Erstdiagnose	spezielle Diagnose:
	aktuell	jemals	Monat / Jahr	
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:

Geburtsdatum:

**Infektanamnese** Masern nein  ja  Varizellen nein  ja  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)
<b>NSAR (Wirkstoff):</b>				
1. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Kortikosteroid (Wirkstoff):</b>				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Handelsname</b>				
Abatacept ... <input type="text"/> ®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adalimumab... <input type="text"/> ®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anakinra ... <input type="text"/> ®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Azathioprin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Canakinumab .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(OH)Chloroquin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cyclosporin A .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Etanercept ... <input type="text"/> ®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Golimumab <input type="text"/> ®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Infliximab ... <input type="text"/> ®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Leflunomid .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Methotrexat .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rituximab .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sulfasalazin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tocilizumab... <input type="text"/> ®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Triamcinolon i.a. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Punktionen/Anz.: <input type="text"/>	letzte Injektion vor Biker Start: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Andere: <input type="text"/>				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datum  Name des Arztes  Unterschrift des Arztes

Klinik/Praxis-Stempel

**Therapieverlauf** Seite 1/3

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  
 IL18  pg/ml S100 A8/9  µg/ml Ferritin  mg/dl  nicht bestimmt

**Aktuelle Medikation**

	<b>Name</b>		<b>Tagesdosis</b>
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"/>

<b>Biologika/DMARD</b>	<b>Route</b>	<b>Handelsname</b>	<b>Einzeldosis</b>	<b>Intervall</b>	<b>ggf. Restart am</b>
<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"/> ®	<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"/> ®	<input type="text"/> mg	<input type="checkbox"/> / Tag	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Canakinumab:		<input type="text"/> ®	<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"/> ®	<input type="text"/> mg alle	<input type="checkbox"/> Wochen	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Tocilizumab:		<input type="text"/> ®	<input type="text"/> mg alle	<input type="checkbox"/> Wochen (i.v. <input type="checkbox"/> s.c. <input text"="" type="checkbox/&gt;)&lt;/td&gt; &lt;td&gt;&lt;input type="/>	

<b>weitere Medikation</b>	oral	parenteral				
<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"/> Tage
<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"/> Tage
<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"/> Tage

**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

Datum der Visite

Patientencode



Geburtsdatum

**Aktueller Gelenkstatus**  Keine Gelenke mit pathologischem Befund

	Schmerz					Schwellung					Bewegungseinschränkung										
	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

Liegt ein Schub der Erkrankung vor? Nein  ja

Wie beurteilt der Patient den Therapieerfolg?

sehr gut  gut  wenig  kein  schlecht

Start Schub

Nachfolgende Therapieentscheidung: \_\_\_\_\_

**Ineffektivität:**  nein  ja, Grund für Ineffektivität:

Antikörperbildung  Non-compliance  Absetzen anderer Medikamente

unzureichende Dosierung  unbekannt **Kommentar:** \_\_\_\_\_

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

**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](http://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 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**

**Dosis und Intervall**

Kein Medikament

- |           |                         |  |
|-----------|-------------------------|--|
| 1. _____® | <input type="text"/> mg | <input type="text"/> /Tag/Wo, alle <input type="text"/> Tage /Wo |
| 2. _____® | <input type="text"/> mg | <input type="text"/> /Tag/Wo, alle <input type="text"/> Tage /Wo |
| 3. _____® | <input type="text"/> mg | <input type="text"/> /Tag/Wo, alle <input type="text"/> Tage /Wo |
| 4. _____® | <input type="text"/> mg | <input type="text"/> /Tag/Wo; alle <input type="text"/> Tage /Wo |

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

**Fragebogen zur Gesundheitsbewertung im Kindesalter** Seite 1Aktuelles Datum: Patientencode: Geburtsdatum: 

Kann Ihr Kind / kannst Du:

		OHNE Probleme	EINIGE Probleme	GROSSE Probleme	UNMÖGLICH	Nicht anwendbar
<b>ANKLEIDEN UND KÖRPERPFLEGE</b>						
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
<b>AUFSTEHEN</b>						
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
<b>ESSEN</b>						
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
<b>GEHEN</b>						
10	- im Freien auf ebenem Boden gehen?	0	0	0	0	0
11	- fünf Stufen hinaufsteigen?	0	0	0	0	0
<b>KÖRPERPFLEGE</b>						
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
<b>REICHWEITE</b>						
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
<b>GREIFEN</b>						
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
<b>TÄTIGKEITEN</b>						
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: 100px;" type="text"/>	
Patientencode: <input style="width: 100px;" type="text"/>	Geburtsdatum: <input style="width: 100px;" type="text"/>

Bitte kreuzen Sie alle Hilfsmittel / Hilfsgeräte an, die Ihr Kind gewöhnlich für eine der nachfolgend genannten Tätigkeiten benutzt:

	<b>ANKLEIDEN UND KÖRPERPFLEGE / AUFSTEHEN / ESSEN / GEHEN</b>	
<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:

	<b>KÖRPERPFLEGE / REICHWEITE / GREIFEN / TÄTIGKEITEN</b>	
<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