

Therapieverlauf Seite 1/4

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

Aktuelle Medikation

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

Biologika/DMARD

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

weitere Medikation

	oral	parenteral				
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> / Tag	<input type="checkbox"/> / Woche	alle <input type="checkbox"/> Tage
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> / Tag	<input type="checkbox"/> / Woche	alle <input type="checkbox"/> Tage
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> / Tag	<input type="checkbox"/> / Woche	alle <input type="checkbox"/> Tage
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> / Tag	<input type="checkbox"/> / Woche	alle <input type="checkbox"/> Tage

Therapieverlauf Seite 2/4

Datum der Visite <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Patientencode <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Geburtsdatum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Besteht bei dem Patienten eine auf die JIA zurückzuführende		
aktive Gelenkentzündung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Hautausschlag?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Uveitis?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Fieber?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, max. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> °C
Morgensteifigkeit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> min
Splenomegalie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Hepatomegalie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Serositis?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
generalisierte Lymphadenopathie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Hinweise auf ein Makrophagenaktivierungssyndrom (MAS)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<u>Knochendichtemessung erfolgt?</u> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Datum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> unbekannt		
<u>Ergebnis:</u> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> verändert		
Pubertätsstatus (nach Tanner 1-5) P <input type="text"/> B <input type="text"/> T <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nicht bestimmt		
Menarche <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, im Alter von <input type="text"/> <input type="text"/> (Jahre) <input type="checkbox"/> unbekannt		
<u>Wurden in den letzten 6 Monaten Impfungen durchgeführt:</u>		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unbekannt		
Welche ?: _____		

Therapieverlauf Seite 3/4

Datum der Visite

Patientencode



Geburtsdatum

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: _____

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 4/4

Klinik/Praxis-Stempel

Unerwünschtes Ereignis

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"/> Autoimmunerkrankungen (incl. Psoriasis) <input type="checkbox"/> Blutungen <input type="checkbox"/> Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) <input type="checkbox"/> Covid19 <input type="checkbox"/> Demyelinisierende Erkrankungen <input type="checkbox"/> Depression/Suzidalität <input type="checkbox"/> Frakturen <input type="checkbox"/> Gastrointestinale Perforation <input type="checkbox"/> Hepatische Ereignisse (mit Transaminasenerhöhung) <input type="checkbox"/> Hepatitis B Reaktivierung	<input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Ineffektivität/Krankheitschub <input type="checkbox"/> Infektionen, schwer <input type="checkbox"/> Infektionen, opportunistisch (incl. TBC) <input type="checkbox"/> Kardiovaskuläres Event <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen (ILD) <input type="checkbox"/> Makrophagenaktivierungssyndrom (MAS) <input type="checkbox"/> Maligne Erkrankungen <input type="checkbox"/> Off-label.Use <input type="checkbox"/> Progressive multifokale Leukoenzephalopathie (PML)	<input type="checkbox"/> Probleme mit Verabreichung/Dosis <input type="checkbox"/> Sarkoidose/sarkoidale Reaktion <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Serumkrankheit <input type="checkbox"/> Systemischer Lupus erythematodes <input type="checkbox"/> Thrombotische Ereignisse <input type="checkbox"/> Uveitis <input type="checkbox"/> Vaskulitis <input type="checkbox"/> Wachstumsstörung <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 <input type="checkbox"/> 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"/>	<p>Kausalität (Kodierung Kausalität)</p> 1 = sicher 4 = unwahrscheinlich 2 = wahrscheinlich 5 = kein Zusammenhang 3 = möglich 6 = unbekannt <hr/> <p><input type="checkbox"/> Grunderkrankung <input type="checkbox"/> Begleiterkrankung</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Abatacept</td> <td><input type="checkbox"/> MTX</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Adalimumab</td> <td><input type="checkbox"/> Sulfasalazin</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anakinra</td> <td><input type="checkbox"/> Secukinumab</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Baricitinib</td> <td><input type="checkbox"/> Tocilizumab</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Canakinumab</td> <td><input type="checkbox"/> Tofacitinib</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Etanercept</td> <td><input type="checkbox"/> (OH)-Chloroquin</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Golimumab</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Weitere: _____</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Abatacept	<input type="checkbox"/> MTX	<input type="checkbox"/> Adalimumab	<input type="checkbox"/> Sulfasalazin	<input type="checkbox"/> Anakinra	<input type="checkbox"/> Secukinumab	<input type="checkbox"/> Baricitinib	<input type="checkbox"/> Tocilizumab	<input type="checkbox"/> Canakinumab	<input type="checkbox"/> Tofacitinib	<input type="checkbox"/> Etanercept	<input type="checkbox"/> (OH)-Chloroquin	<input type="checkbox"/> Golimumab		<input type="checkbox"/> Weitere: _____	
<input type="checkbox"/> Abatacept	<input type="checkbox"/> MTX																		
<input type="checkbox"/> Adalimumab	<input type="checkbox"/> Sulfasalazin																		
<input type="checkbox"/> Anakinra	<input type="checkbox"/> Secukinumab																		
<input type="checkbox"/> Baricitinib	<input type="checkbox"/> Tocilizumab																		
<input type="checkbox"/> Canakinumab	<input type="checkbox"/> Tofacitinib																		
<input type="checkbox"/> Etanercept	<input type="checkbox"/> (OH)-Chloroquin																		
<input type="checkbox"/> Golimumab																			
<input type="checkbox"/> Weitere: _____																			

Medikation der letzten 14 Tage vor AE:	Handelsname	Dosis und Intervall
Kein Medikament <input type="checkbox"/>	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

Wurde die Therapie mit dem Basismedikament unterbrochen nein ja, Anzahl ausgelassener Tage
 Besserung des Ereignisses nach Beendigung der Medikation? nein ja

Relevante Laborparameter

Parameter	Wert	Einheit	Normalbereich
_____	_____	_____	_____

Datum _____ Name des Arztes _____ Unterschrift des Arztes

Fragebogen zur Gesundheitsbewertung im Kindesalter Seite 1

Aktuelles Datum:	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	Patientencode:	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	Geburtsdatum:	<input style="width: 100%; height: 15px;" 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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	- Sich/Dir die Haare waschen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	- die Socken ausziehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	- die Fingernägel schneiden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUFSTEHEN						
5	- von einem niedrigen Stuhl oder vom Boden aufstehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	- ins Bett oder aus dem Bett steigen, oder in einem Kinderbett aufstehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ESSEN						
7	- Fleisch selbst schneiden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	- eine Tasse / Glas zum Mund führen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	- eine neue Packung "Cornflakes" öffnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GEHEN						
10	- im Freien auf ebenem Boden gehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	- fünf Stufen hinaufsteigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
KÖRPERPFLEGE						
12	- den ganzen Körper waschen und abtrocknen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	- baden (in die Wanne hinein- bzw. aus der Wanne heraus steigen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	- sich/Dich auf die Toilette bzw. den Nachttopf setzen und davon aufstehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	- Zähne putzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	- Haare kämmen/bürsten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
REICHWEITE						
17	- einen schweren Gegenstand, z.B. ein großes Spiel oder Bücher, gerade über Kopfhöhe erreichen und herunter holen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	- sich/Dich bücken, um ein Kleidungsstück oder ein Stück Papier vom Boden aufzuheben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	- einen Pullover über den Kopf anziehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	- den Kopf drehen, um über die Schulter zurückzuschauen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GREIFEN						
21	- mit Kugelschreiber / Bleistift kritzeln oder schreiben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	- Autotüren öffnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	- (z.B. Marmelade-) Gläser auf machen, die schon mal geöffnet waren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	- Wasserhähne auf- und zudrehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	- eine Tür mit Drehknopf aufschieben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TÄTIGKEITEN						
26	- Besorgungen machen und einkaufen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	- Einsteigen in ein Auto, Spielauto oder Schulbus und aussteigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	- Fahrrad oder Dreirad fahren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	- Hausarbeiten machen (z.B. abspülen, Müll hinaus bringen, staubsaugen, Gartenarbeit, Bett machen, Zimmer reinigen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	- Rennen und spielen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fragebogen zur Gesundheitsbewertung im Kindesalter Seite 2

Aktuelles Datum: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Patientencode: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Geburtsdatum: <input style="width: 100%;" 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