

Basisbogen

Bitte faxen Sie den ausgefüllten Fragebogen an das
Deutsche Rheuma-Forschungszentrum Berlin:

030/28460-790

030/28460-650

Einschlusskriterien

- gesicherte RA
- Erkrankungsalter ab 16 Jahren
- dauerhafte Betreuung vorgesehen
- Beginn einer neuen Therapie oder eines neuen Therapiezyklus mit einer Einschlusstherapie (Biologikum, Biosimilar, Kinase-Inhibitor)
- Nach mind. einer csDMARD-Therapie - Neubeginn, Wechsel oder Hinzunahme eines csDMARDs, parallel kein Biologikum, Biosimilar oder Kinase-Inhibitor

**Alle aktuellen Einschlusstherapien finden Sie unter
www.biologika-register.de.**

Ärztlicher Basisbogen

Bitte beachten Sie die Einschlusskriterien!

Erhebungsdatum
Tag / Monat / Jahr

Größe cm

Gewicht kg

Geburtsjahr

Geschlecht ₁ weiblich ₂ männlich ₃ anderes Geschlecht, und zwar:

Krankenversicherung GKV PKV

War der/die Patient*in bereits in RABBIT? ₁ nein ₂ ja

Anzahl der erfüllten ACR-Kriterien von 1987
(siehe Erläuterungen)

Beginn typischer Beschwerden / Symptome
Monat / Jahr

DAS28 zu Beginn der Einschlusstherapie ,

Indikation Einschlusstherapie

hohe Krankheitsaktivität

Wirkversagen der vorherigen Therapie

Unverträglichkeit der vorherigen Therapie

rasche radiologische Progression

sonstige:

Labor

CRP mg / Liter **1 mg / dl = 10 mg / l**

BSG mm / 1.Std.

Anti-CCP Antikörper ₁ positiv ₂ negativ

Rheumafaktor ₁ RF + ₂ RF -

Wie aktiv ist die Krankheit im Augenblick?

inaktiv 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 hoch aktiv

Einschlusstherapie und laufende Therapie S. 1 von 2

Biologikum / Biosimilar	Dosis (in mg)	Applikationsintervall	Beginn (Tag / Monat / Jahr)	Codierung DRFZ
<input type="radio"/> derzeit <u>kein</u> Biologikum / Biosimilar (siehe auch Folgeseite)				
Wirkstoff Adalimumab				
<input type="radio"/> Amgevita	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	alle <input type="text"/> <input type="text"/> Wochen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="radio"/> Hudio	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	alle <input type="text"/> <input type="text"/> Wochen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="radio"/> Humira	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	alle <input type="text"/> <input type="text"/> Wochen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="radio"/> Hyrimoz	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	alle <input type="text"/> <input type="text"/> Wochen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="radio"/> Idacio	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	alle <input type="text"/> <input type="text"/> Wochen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="radio"/> Imraldi	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	alle <input type="text"/> <input type="text"/> Wochen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME...</u>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	alle <input type="text"/> <input type="text"/> Wochen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Wirkstoff Etanercept				
<input type="radio"/> Benepali	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	alle <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> Tage	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="radio"/> Enbrel	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	alle <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> Tage	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="radio"/> Erelzi	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	alle <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> Tage	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME...</u>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	alle <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> Tage	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Wirkstoff Infliximab				
<input type="radio"/> Flixabi	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	alle <input type="text"/> <input type="text"/> Wochen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="radio"/> Remsima <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> s.c.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	alle <input type="text"/> <input type="text"/> Wochen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="radio"/> Zessly	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	alle <input type="text"/> <input type="text"/> Wochen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME...</u> <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> s.c.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	alle <input type="text"/> <input type="text"/> Wochen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

Weitere Therapien auf der Folgeseite!

Einschlusstherapie und laufende Therapie S. 2 von 2

Biologikum / Biosimilar	Dosis (in mg)	Applikationsintervall	Beginn (Tag / Monat / Jahr)	Codierung DRFZ
Wirkstoff Rituximab (neuer Zyklus)				
<input type="radio"/> MabThera	[][][][][]	1. Infusion am	[][][][][][][][]	
<input type="radio"/> Rixathon	[][][][][]	1. Infusion am	[][][][][][][][]	
<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME</u>	[][][][][]	1. Infusion am	[][][][][][][][]	[][]
Weitere Biologika / Biosimilar				
<input type="radio"/> Cimzia	[][][][]	alle [][] Wochen	[][][][][][][][]	
<input type="radio"/> Kevzara	[][][][]	alle [][] Wochen	[][][][][][][][]	
<input type="radio"/> Orenzia <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> s.c.	[][][][]	alle [][] Wochen	[][][][][][][][]	[][]
<input type="radio"/> Simponi	[][][][]	alle [][] Wochen	[][][][][][][][]	[][]
<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME</u> <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> s.c.	[][][][]	<u>APPLIKATIONSINTERVALL</u>	[][][][][][][][]	[][]

Kinase-Inhibitor	Tagesdosis (in mg)	Beginn (Tag / Monat / Jahr)	Codierung DRFZ
<input type="radio"/> derzeit <u>kein</u> Kinase-Inhibitor			
<input type="radio"/> Olumiant	[][][][]	[][][][][][][][]	
<input type="radio"/> Rinvoq	[][][][]	[][][][][][][][]	
<input type="radio"/> Xeljanz	[][][][]	[][][][][][][][]	
<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME</u>	[][][][]	[][][][][][][][]	[][]

csDMARD	Dosis (in mg)	Beginn (Tag / Monat / Jahr)	Codierung DRFZ
<input type="radio"/> derzeit <u>kein</u> csDMARD			
<input type="radio"/> MTX	[][], [][] /w	[][][][][][][][]	
<input type="radio"/> SASP	[][][][] / d	[][][][][][][][]	
<input type="radio"/> HCQ / CQ	[][][][] / d	[][][][][][][][]	
<input type="radio"/> Leflunomid	[][][][] / d	[][][][][][][][]	
<input type="radio"/>	[][][][] / d	[][][][][][][][]	[][]

Systemische Glukokortikoide <small>Prednisolon-Äquivalent</small>	
<input type="radio"/> keine aktuell	<input type="radio"/> aktuell (mittlere Tagesdosis) [][][][], [][] mg / d
<input type="radio"/> keine in den letzten 6 Monaten	<input type="radio"/> letzte 6 Monate (mittlere Tagesdosis) [][][][], [][] mg / d

Sonstige Therapie (aktuell)	Codierung DRFZ
<input type="radio"/> derzeit <u>keine</u> sonstige Therapie	[][]
<input type="radio"/> Analgetika:	[][]
<input type="radio"/> NSAR:	[][]
<input type="radio"/> Coxibe:	[][]

Gab es eine Impfung gegen	Datum der letzten Impfung (Monat / Jahr)
Pneumokokken <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, am [][][][]	<input type="radio"/> Pneumovax 23 <input type="radio"/> Prevenar 13
Herpes zoster <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, am [][][][]	<input type="radio"/> Shingrix <input type="radio"/> Zostavax
Influenza <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, am [][][][]	
Covid-19 <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, am [][][][]	<input type="radio"/> <u>WIRKSTOFF/HANDELSNAME</u> [][]

Aktueller Gelenkstatus (Bitte kreuzen Sie schmerzhafte und geschwollene Gelenke an.)

schmerzhaft

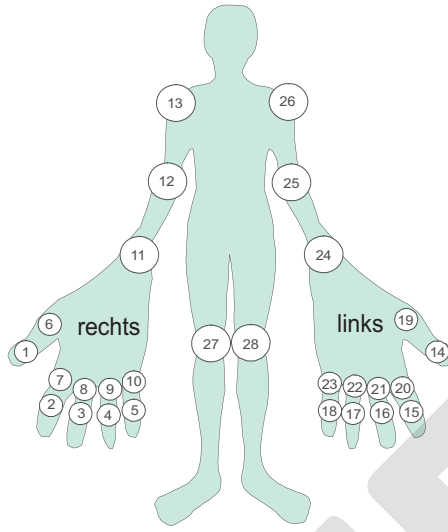
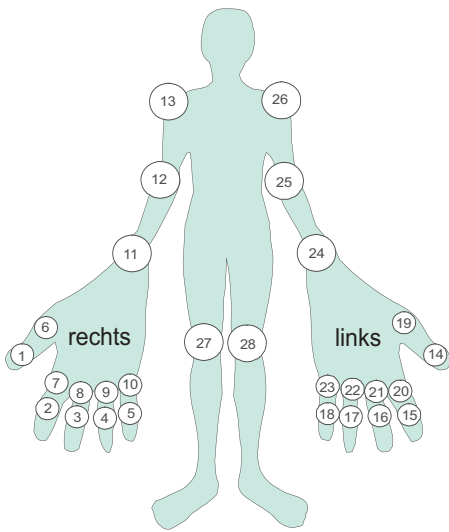
geschwollen

Falls Sie keine Gelenke angekreuzt haben:

- keines dieser 28 Gelenke schmerzhaft
- keines dieser 28 Gelenke geschwollen

Gab es in diese 28 Gelenke Injektionen mit Glukokortikoiden in den letzten 6 Monaten?

- ja, in Gelenke
- keine Gelenkinjektionen mit Glukokortikoiden



Frühere Gelenkersatz-Operationen ₁ nein ₂ ja:

Nur **TEP**, bitte betroffene Gelenke angeben

Morgensteifigkeit ₁ nein ₂ ja: min

Röntgen

Rheumaknoten ₁ nein ₂ ja Erosive Veränderungen Hände / Vorfüße ₁ nein ₂ ja

Tuberkulose-Screening (Monat / Jahr)	Ergebnis	Prophylaxe	Codierung DRFZ
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, <input type="text"/>	<input type="radio"/> negativ <input type="radio"/> positiv	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, mit	<input type="text"/>

Hepatitis B-Screening (Monat / Jahr)	Ergebnis	Prophylaxe	Codierung DRFZ
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, <input type="text"/>	<input type="radio"/> negativ <input type="radio"/> positiv	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, mit	<input type="text"/>

Komorbidität	<input type="radio"/> ₁ nein <input type="radio"/> ₂ ja	ja* Th*	ja* Th*
arterielle Hypertonie	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	chronische Virushepatitis (HBV, HCV) <input type="radio"/>
koronare Herzerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Ulcus duodeni / ventriculi <input type="radio"/>
Herzinsuffizienz (NYHA-Grad:)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	andere chronische Magen-Darmerkrankung <input type="radio"/>
Z.n. Apoplex, TIA, PRIND	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	degenerative Wirbelsäulenerkrankung <input type="radio"/>
Hyperlipoproteinämie	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	degenerative Gelenkerkrankung <input type="radio"/>
Diabetes Typ I / II	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose <input type="radio"/>
chronisch obstruktive Atemwegserkrankung	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Sjögren Syndrom <input type="radio"/>
Lungenfibrose	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Psoriasis <input type="radio"/>
Asthma bronchiale	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Fibromyalgie <input type="radio"/>
chronische Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	psychische Erkrankung / Depression <input type="radio"/>
maligne Neoplasie ED - Jahr: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	HIV <input type="radio"/>
Lymphom/Leukämie ED - Jahr: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	andere Begleiterkrankungen: Th*
Art der Neoplasie / des Lymphoms:			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

ja*: leidet/litt an angegebener Erkrankung; Th*: Der/die Patient*in wird wegen der Erkrankung derzeit medikamentös behandelt.

NYHA NEO/LYM KOMORB

Innerhalb der letzten 12 Monate beendete Therapien:

Biologikum / Biosimilar

kein Biologikum / Biosimilar in den letzten 12 Monaten beendet

	Beginn	Ende	Grund für das Therapieende				Codierung DRFZ
	(erste Gabe) Monat / Jahr	(letzte Gabe) Monat / Jahr	UE	Wirk- versagen	Remission	Sonstige Gründe	
Adalimumab							
<input type="radio"/> Amgevita	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1	.....
<input type="radio"/> Hulio	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 2	.....
<input type="radio"/> Humira	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 3	.....
<input type="radio"/> Hyrimoz	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 4	.....
<input type="radio"/> Idacio	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 5	.....
<input type="radio"/> Imraldi	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 6	.....
<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME</u>	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 7 <input type="text"/>
Etanercept							
<input type="radio"/> Benepali	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 8	.....
<input type="radio"/> Enbrel	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 9	.....
<input type="radio"/> Erelzi	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 10	.....
<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME</u>	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 11 <input type="text"/>
Infliximab							
<input type="radio"/> Flixabi	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 12	.....
<input type="radio"/> Inflectra	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 13	.....
<input type="radio"/> Remicade	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 14	.....
<input type="radio"/> Remsima	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 15	.....
<input type="radio"/> Zessly	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 16	.....
<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME</u>	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 17 <input type="text"/>
Rituximab							
	erster Zyklus	letzter Zyklus					
<input type="radio"/> MabThera	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 18	.....
<input type="radio"/> Rixathon	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 19	.....
<input type="radio"/> Truxima	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 20	.....
<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME</u>	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 21 <input type="text"/>
Weitere Biologika / Biosimilar							
<input type="radio"/> Cimzia	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 22	.....
<input type="radio"/> Kevzara	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 23	.....
<input type="radio"/> Kineret	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 24	.....
<input type="radio"/> Orencia	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 25	.....
<input type="radio"/> RoActemra	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 26	.....
<input type="radio"/> Simponi	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 27	.....
<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME</u>	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 28 <input type="text"/>
<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME</u>	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 29 <input type="text"/>

Siehe weitere **beendete Therapien** auf der Folgeseite !

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

SONST.ABBRUCH

Innerhalb der letzten 12 Monate beendete Therapien:

	Beginn	Ende	UE	Grund für das Therapieende			Codierung DRFZ
	(erste Gabe) Monat / Jahr	(letzte Gabe) Monat / Jahr		Wirk- versagen	Remission	Sonstige Gründe	
Kinase-Inhibitor							
<input type="radio"/> keinen Kinase-Inhibitor in den letzten 12 Monaten beendet							
<input type="radio"/> Olumiant	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ₃₀	
<input type="radio"/> Rinvoq	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ₃₁	
<input type="radio"/> Xeljanz	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ₃₂	
<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME</u>	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ₃₃	□□
<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME</u>	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ₃₄	□□
csDMARD							
<input type="radio"/> kein csDMARD in den letzten 12 Monaten beendet							
<input type="radio"/> MTX	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ₃₅	
<input type="radio"/> SASP	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ₃₆	
<input type="radio"/> HCQ / CQ	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ₃₇	
<input type="radio"/> Leflunomid	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ₃₈	
<input type="radio"/>	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ₃₉	□□
<input type="radio"/>	□□□□	□□□□	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ₄₀	□□

SONST.ABBRUCH

□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□
----	----	----	----	----	----	----	----

Jemals erhaltene (vor mehr als 12 Monaten beendete) Therapien:

keine derartige Therapie vor mehr als 12 Monaten beendet

Adalimumab	Etanercept	Infliximab	Rituximab	Weitere Biologika / Biosimilar
<input type="radio"/> Amgevita	<input type="radio"/> Benepali	<input type="radio"/> Flixabi	<input type="radio"/> MabThera	<input type="radio"/> Cimzia
<input type="radio"/> Hulio	<input type="radio"/> Enbrel	<input type="radio"/> Inflectra	<input type="radio"/> Rixathon	<input type="radio"/> Kevzara
<input type="radio"/> Humira	<input type="radio"/> Erelzi	<input type="radio"/> Remicade	<input type="radio"/> Truxima	<input type="radio"/> Kineret
<input type="radio"/> Hyrimoz	<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME</u>	<input type="radio"/> Remsima	<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME</u>	<input type="radio"/> Orencia
<input type="radio"/> Idacio	<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME</u>	<input type="radio"/> Zessly	<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME</u>	<input type="radio"/> RoActemra
<input type="radio"/> Imraldi	<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME</u>	<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME</u>	<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME</u>	<input type="radio"/> Simponi
<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME</u>		<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME</u>		<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME</u>
<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME</u>		<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME</u>		<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME</u>
Kinase-Inhibitor	csDMARD			
<input type="radio"/> Olumiant	<input type="radio"/> MTX			
<input type="radio"/> Rinvoq	<input type="radio"/> SASP			
<input type="radio"/> Xeljanz	<input type="radio"/> HCQ / CQ			
<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME</u>	<input type="radio"/> Leflunomid			
<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME</u>	<input type="radio"/>			
<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME</u>	<input type="radio"/>			

JBT / JBIO

□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□
----	----	----	----	----	----	----	----

Im Falle einer Infusionstherapie:

Ist eine Prämedikation erfolgt? nein Glukokortikoide , mg (Prednisolon-Äquivalenzdosis)
 Antihistaminika andere:

Sofortreaktion bei Infusion, Injektion oder oraler Applikation der Einschlusstherapie

Gab es bei oder nach der Applikation der Einschlusstherapie Sofortreaktionen? (siehe Erläuterungen)

₁ nein ₂ ja, lokal ₃ erste Gabe noch nicht erfolgt ₄ ja, systemisch **→ Wenn ‚ja‘, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen.**

Welche Symptome traten während der Sofortreaktion auf?

lokale Hautreaktion Rhinorrhoe Flush Übelkeit / Erbrechen
 Juckreiz Husten Körpertemperaturerhöhung auf $\geq 38^{\circ}\text{C}$ Bauchkrämpfe
 Urticaria Dyspnoe Blutdruckabfall um ≥ 20 mmHg
 Angioödem Bronchospasmus Herzfrequenzanstieg um ≥ 20 Schläge / min

andere:

Beginn min nach Infusionsbeginn / Applikation **Dauer** min andauernd

Intensität leicht mittel schwer

Welche Maßnahmen wurden in Folge der Sofortreaktion durchgeführt? (Bitte geben Sie alle an.)

Wurden Medikamente verabreicht? ₁ nein ₂ ja und zwar

Andere Maßnahmen:

zusätzlich bei Infusionen: Beenden Pausieren Verringern der Infusionsgeschwindigkeit

War die Sofortreaktion schwerwiegend?

₁ nein ₂ ja, weil Todesfolge lebensbedrohlich Einweisung in ein Krankenhaus bedeutsame Funktionseinschränkung anderes akutes schwerwiegendes UE (siehe Erläuterungen)
 Sterbedatum

Ausgang des UE wiederhergestellt noch nicht wiederhergestellt unbekannt
 bleibende Schäden:

**Erster Buchstabe des Nachnamens
des/der Patienten/*in**

.....
Name des Arztes / der Ärztin



Basisbogen für Patienten

V 2022 Einrichtungsnr. / Pat.-Nr.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, vielen Dank, dass Sie an der Beobachtungsstudie RABBIT teilnehmen. Wir in RABBIT möchten die Wirksamkeit und das Auftreten von Nebenwirkungen genauer untersuchen.

Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

sehr gut 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 sehr schlecht

Wie sehr haben Sie in den vergangenen 7 Tagen unter ungewöhnlicher Erschöpfung und Müdigkeit gelitten?

gar nicht 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 sehr stark

Wie würden Sie die Stärke Ihrer Schmerzen in den vergangenen 7 Tagen einschätzen?

keine Schmerzen 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 unerträgliche Schmerzen

Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Schlafstörungen? (z.B. Probleme beim Ein- oder Durchschlafen)

gar nicht 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 sehr stark

An wie vielen Tagen innerhalb der letzten 4 Wochen waren Sie wegen Ihrer rheumatoiden Arthritis nicht in der Lage, Ihren üblichen Beschäftigungen (Beruf, Haushalt, Freizeit) nachzugehen?

- an keinem Tag an weniger als 7 Tagen an 7 bis 14 Tagen an mehr als 14 Tagen

Haben Sie in den letzten 6 Monaten eine deutliche Verschlechterung Ihrer rheumatischen Beschwerden bemerkt, die über mehrere Tage anhielt?

- nein ja ja, bis heute anhaltend

Wie häufig waren Sie in den letzten 3 Monaten wegen Ihrer rheumatischen Beschwerden beim Arzt?

- nie einmal mehr als einmal, und zwar: Mal

Waren Sie in den letzten 12 Monaten wegen Ihres Rheumas stationär im Krankenhaus?

- nein ja, und zwar: Woche(n) und Tag(e)
davon in den letzten 6 Monaten: Woche(n) und Tag(e)

Wenn Sie erwerbstätig sind oder im letzten Jahr waren: Waren Sie in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig (krankgeschrieben)?

- nein ja, und zwar: Woche(n) und Tag(e)
davon in den letzten 6 Monaten: Woche(n) und Tag(e)

Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

- Vollzeit erwerbstätig in Ausbildung oder Umschulung
 Teilzeit erwerbstätig arbeitslos
 erwerbstätig und krankgeschrieben arbeitslos und krankgeschrieben
 Hausfrau / Hausmann berentet
 Mutterschutz / Elternzeit

Wenn Sie berentet bzw. im Ruhestand sind, sind Sie:

- im Vorruhestand / in Altersteilzeit (Freistellungsphase)
 auf Zeit berentet
 vorzeitig berentet wegen Erwerbs-/ Berufsunfähigkeit seit: (bitte Jahresangabe)
 wegen der rheumatischen Erkrankung
 wegen anderer Erkrankungen
 berentet wegen Erreichen der Altersgrenze seit: (bitte Jahresangabe)

In den folgenden Fragen geht es um Tätigkeiten aus dem täglichen Leben.

Bitte beantworten Sie jede Frage so, wie es für Sie im Moment (in Bezug auf die letzten 7 Tage) zutrifft.

Sie haben drei Antwortmöglichkeiten:

Ja

Sie können die Tätigkeit ohne Schwierigkeiten ausführen.

Ja, aber mit Mühe

Sie haben dabei Schwierigkeiten, z.B. Schmerzen, es dauert länger als früher oder Sie müssen sich dabei abstützen.

Nein oder nur mit fremder Hilfe

Sie können es gar nicht oder nur, wenn eine andere Person Ihnen dabei hilft.

	Ja	Ja, aber mit Mühe	Nein oder nur mit fremder Hilfe
1. Können Sie Brot streichen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
2. Können Sie aus einem normal hohen Bett aufstehen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
3. Können Sie mit der Hand schreiben (mindestens eine Postkarte)?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
4. Können Sie Wasserhähne auf- und zudrehen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
5. Können Sie sich strecken, um z.B. ein Buch von einem hohen Schrank oder Regal zu holen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
6. Können Sie einen mindestens 10 kg schweren Gegenstand (z.B. einen vollen Wassereimer oder Koffer) hochheben und 10 Meter weit tragen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
7. Können Sie sich von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
8. Können Sie sich bücken und einen leichten Gegenstand (z.B. ein Geldstück oder zerknülltes Papier) vom Fußboden aufheben?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
9. Können Sie sich über einem Waschbecken die Haare waschen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
10. Können Sie 1 Stunde auf einem ungepolsterten Stuhl sitzen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
11. Können Sie 30 Minuten ohne Unterbrechung stehen (z.B. in einer Warteschlange)?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
12. Können Sie sich im Bett aus der Rückenlage aufsetzen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
13. Können Sie Strümpfe an- und ausziehen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
14. Können Sie im Sitzen einen kleinen heruntergefallenen Gegenstand (z.B. eine Münze) neben Ihrem Stuhl aufheben?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
15. Können Sie einen schweren Gegenstand (z.B. einen gefüllten Kasten Mineralwasser) vom Boden auf den Tisch stellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
16. Können Sie sich einen Wintermantel an- und ausziehen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
17. Können Sie ca. 100 Meter schnell laufen (nicht gehen), etwa um einen Bus zu erreichen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
18. Können Sie öffentliche Verkehrsmittel (Bus, Bahn etc.) benutzen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃

© FFbH

Möglicherweise gibt es einen Zusammenhang zwischen rheumatoider Arthritis und Zahnverlust durch entzündliche Zahnerkrankungen. Deshalb interessiert uns, wie viele Zähne mit eigener Wurzel (auch überkronte) Sie noch haben.

Wie viele eigene Zähne (ohne Weisheitszähne) haben Sie noch?

alle (28 Zähne)

noch Zähne

keine eigenen Zähne mehr

Wir möchten Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten. Diese ermöglichen es, Ihren Gesundheitszustand mit dem gleichaltriger Menschen in der Bevölkerung zu vergleichen. Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten **das Feld ankreuzen, welches am besten auf Sie zutrifft.**

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- ₁ ausgezeichnet
₂ sehr gut
₃ gut
₄ weniger gut
₅ schlecht

2. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

- ₁ viel besser als vor einem Jahr
₂ etwas besser als vor einem Jahr
₃ etwa so wie vor einem Jahr
₄ etwas schlechter als vor einem Jahr
₅ viel schlechter als vor einem Jahr

3. Sind Sie durch Ihren jetzigen Gesundheitszustand bei folgenden Tätigkeiten eingeschränkt?

	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, nicht eingeschränkt
a. <u>anstrengende Tätigkeiten</u> , z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
b. <u>mittelschwere Tätigkeiten</u> , z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
c. Einkaufstaschen heben oder tragen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
d. mehrere Stockwerke steigen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
e. ein Stockwerk steigen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
f. sich beugen, knien, bücken	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
g. mehr als einen Kilometer zu Fuß gehen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
h. mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
i. eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
j. sich baden oder anziehen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃

4. Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein. | <input type="radio"/> ₁ ja | <input type="radio"/> ₂ nein |
| b. Ich habe weniger geschafft als ich wollte. | <input type="radio"/> ₁ ja | <input type="radio"/> ₂ nein |
| c. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun. | <input type="radio"/> ₁ ja | <input type="radio"/> ₂ nein |
| d. Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z.B. musste ich mich besonders anstrengen). | <input type="radio"/> ₁ ja | <input type="radio"/> ₂ nein |

5. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

- a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein. ₁ ja ₂ nein
- b. Ich habe weniger geschafft als ich wollte. ₁ ja ₂ nein
- c. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten. ₁ ja ₂ nein

6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?

- ₁ überhaupt nicht
- ₂ etwas
- ₃ mäßig
- ₄ ziemlich
- ₅ sehr

7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?

- ₁ Ich hatte keine Schmerzen.
- ₂ sehr leicht
- ₃ leicht
- ₄ mäßig
- ₅ stark
- ₆ sehr stark

8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagsstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

- ₁ überhaupt nicht
- ₂ etwas
- ₃ mäßig
- ₄ ziemlich
- ₅ sehr

9. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Feld an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht.

Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen ...	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
a. voller Schwung?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆
b. sehr nervös?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆
c. so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆
d. ruhig und gelassen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆
e. voller Energie?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆
f. entmutigt und traurig?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆
g. erschöpft?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆
h. glücklich?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆
i. müde?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆

10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihren Kontakt zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

- ₁ immer
₂ meistens
₃ manchmal
₄ selten
₅ nie

11. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

	Trifft ganz zu	Trifft weitgehend zu	Weiß nicht	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
a. Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
b. Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
c. Ich erwarte, dass sich meine Gesundheit verschlechtert.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
d. Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

© SF 36

Rauchen Sie aktuell?

- ja, täglich → Stück Zigaretten Zigarren Zigarillos Pfeife E-Zigarette
 ja, gelegentlich

Seit wie vielen Jahren rauchen Sie?

Haben Sie früher geraucht und rauchen jetzt nicht mehr?

- Ich habe früher Jahr(e) lang geraucht und habe vor Jahr(en) mit dem Rauchen aufgehört.
 nein, ich habe nie geraucht.

Wie zufrieden waren Sie mit dem Erfolg Ihrer bisherigen Rheumatherapie?

- sehr zufrieden eher zufrieden eher unzufrieden sehr unzufrieden

Wie zufrieden waren Sie mit der Verträglichkeit Ihrer bisherigen Rheumatherapie?

- sehr zufrieden eher zufrieden eher unzufrieden sehr unzufrieden

In welchem Jahr wurden Sie geboren?

Geschlecht: weiblich männlich

Heutiges Datum:
 Tag / Monat / Jahr

anderes, und zwar :

Bitte tragen Sie hier den 1. Buchstaben Ihres Nachnamens ein:

Der Buchstabe dient dem Abgleich, ob Ihre anonyme Patientennummer richtig übertragen wurde.

Folgebogen T1

Bitte faxen Sie den ausgefüllten Fragebogen an das
Deutsche Rheuma-Forschungszentrum Berlin:

030/28460-790

030/28460-650

MUSTER

Weitere Biologika / Biosimilar (letzte 3 Monate)	Dosis (in mg)	Applikation	Nur bei Therapiewechsel / Therapieende			Codierung DRFZ
			Beginn (Tag / Monat / Jahr)	Ende (Tag / Monat / Jahr)	DAS28 vor Beginn	
<input type="radio"/> Cimzia	_____	alle _____ Wochen	_____	_____	____,____	
<input type="radio"/> Kevzara	_____	alle _____ Wochen	_____	_____	____,____	
<input type="radio"/> Kineret	_____	täglich	_____	_____	____,____	
<input type="radio"/> Orencia <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> s.c.	_____	alle _____ Wochen	_____	_____	____,____	
<input type="radio"/> RoActemra <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> s.c.	_____	alle _____ Wochen	_____	_____	____,____	
<input type="radio"/> Simponi	_____	alle _____ Wochen	_____	_____	____,____	
<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME</u> <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> s.c.	_____	Applikationsintervall	_____	_____	____,____	____
<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME</u> <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> s.c.	_____	Applikationsintervall	_____	_____	____,____	____
Wechsel der Applikationsform						
für <u>HANDELSNAME</u>		<input type="radio"/> i.v. auf s.c. am	_____			
		<input type="radio"/> s.c. auf i.v. am	_____			
				Codierung DRFZ	appls01	appls02
					biowapp	

Kinase-Inhibitor	Tagesdosis (in mg)	Beginn (Tag / Monat / Jahr)	Ende (Tag / Monat / Jahr)	DAS28 vor Beginn	Codierung DRFZ
<input type="radio"/> derzeit kein Kinase-Inhibitor					
<input type="radio"/> Olumiant	_____	_____	_____	____,____	
<input type="radio"/> Xeljanz	_____	_____	_____	____,____	
<input type="radio"/> Rinvoq	_____	_____	_____	____,____	
<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME</u>	_____	_____	_____	____,____	____
<input type="radio"/> <u>HANDELSNAME</u>	_____	_____	_____	____,____	____

csDMARD (letzte 3 Monate)	Nur bei Therapiewechsel / -ende			Codierung DRFZ
	Dosis (in mg)	Beginn Monat / Jahr	Ende Monat / Jahr	
<input type="radio"/> derzeit kein csDMARD				
<input type="radio"/> MTX	____,____ /w	_____	_____	
<input type="radio"/> SASP	_____ / d	_____	_____	
<input type="radio"/> HCQ / CQ	_____ / d	_____	_____	
<input type="radio"/> Leflunomid	_____ / d	_____	_____	
<input type="radio"/>	_____ / d	_____	_____	____
<input type="radio"/>	_____ / d	_____	_____	____

Systemische Glukokortikoide <small>Prednisolon-Äquivalent</small>	
<input type="radio"/> keine aktuell	<input type="radio"/> aktuell (mittlere Tagesdosis) ____,____ mg / d
<input type="radio"/> keine in den letzten 3 Monaten	<input type="radio"/> letzte 3 Monate (mittlere Tagesdosis) ____,____ mg / d

Labor	
CRP _____,____ mg / Liter	1 mg / dl = 10 mg / l
BSG _____ mm / 1.Std.	
Anti-CCP Antikörper (falls neu bestimmt)	<input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ

Sonstige Therapie (aktuell)	<input type="radio"/> keine aktuell
<input type="radio"/> Analgetika:	____
<input type="radio"/> NSAR:	____
<input type="radio"/> Coxibe:	____

Bei Ende einer Therapie mit einem Biologikum, Biosimilar, Kinase-Inhibitor, csDMARD bzw. falls nach der Gabe von eines RTX-Präparates kein weiterer Zyklus mehr geplant ist, geben Sie bitte den Grund an.

Medikament	Unerwünschtes Ereignis*	Wirkversagen	Remission	Non-Compliance	Kinderwunsch Schwangerschaft	Sonstiges
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

--	--	--	--

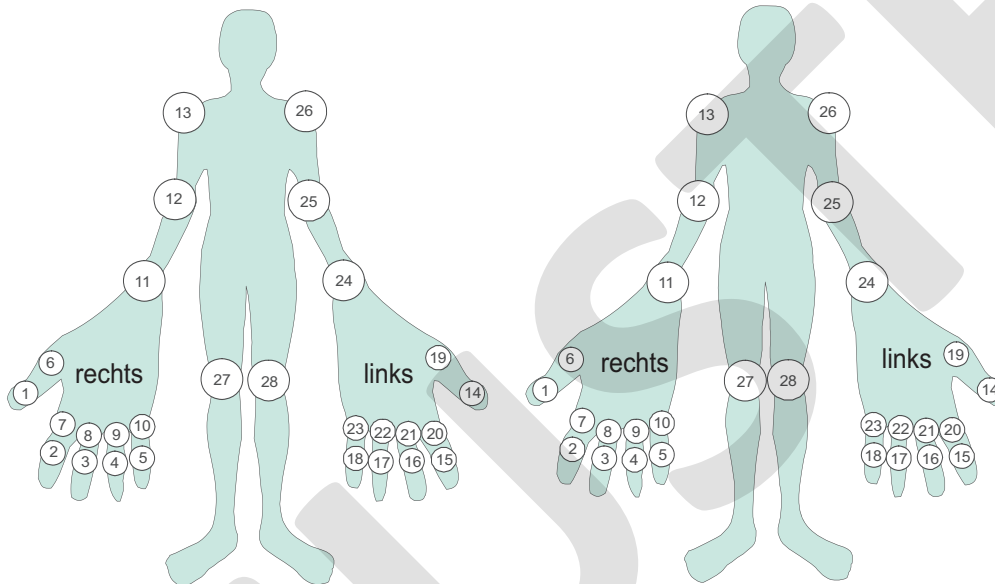
*Bitte dokumentieren Sie das unerwünschte Ereignis auf den Folgeseiten.

--	--	--	--

Aktueller Gelenkstatus (Bitte kreuzen Sie schmerzhaft und geschwollene Gelenke an.)

schmerzhaft

geschwollen



Falls Sie nichts angekreuzt haben:

- keines dieser 28 Gelenke schmerzhaft
- keines dieser 28 Gelenke geschwollen

Gab es in diese 28 Gelenke Injektionen mit Glukokortikoiden in den letzten 3 Monaten?

- ja, in Gelenke
- keine Gelenkinjektionen mit Glukokortikoiden

Wie aktiv ist die Krankheit im Augenblick?

inaktiv hoch aktiv

Morgensteifigkeit

nein ja: min

Erster Buchstabe des Nachnamens des/der Patienten/*in

.....
Name des Arztes / der Ärztin

Sind seit dem letzten Messzeitpunkt unerwünschte Ereignisse (UE) aufgetreten?

nein ja Bitte dokumentieren Sie jedes UE einzeln auf den folgenden Seiten.

Falls mehr als 2 UE vorliegen, kopieren Sie bitte die Seiten zur Dokumentation der UE.

Bitte denken Sie auch an Schwangerschaften und geplante Krankenhausaufenthalte.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, vielen Dank, dass Sie auch heute einen Fragebogen für die Beobachtungsstudie RABBIT ausfüllen! Bitte nehmen Sie sich die Zeit, alle Fragen zu beantworten.

Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

sehr gut 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr schlecht

Wie sehr haben Sie in den vergangenen 7 Tagen unter ungewöhnlicher Erschöpfung und Müdigkeit gelitten?

gar nicht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr stark

Wie würden Sie die Stärke Ihrer Schmerzen in den vergangenen 7 Tagen einschätzen?

keine Schmerzen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unerträgliche Schmerzen

Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Schlafstörungen? (z.B. Probleme beim Ein- oder Durchschlafen)

gar nicht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr stark

An wie vielen Tagen innerhalb der letzten 4 Wochen waren Sie wegen Ihrer rheumatoiden Arthritis nicht in der Lage, Ihren üblichen Beschäftigungen (Beruf, Haushalt, Freizeit) nachzugehen?

an keinem Tag an weniger als 7 Tagen an 7 bis 14 Tagen an mehr als 14 Tagen

Haben Sie in den letzten 3 Monaten eine deutliche Verschlechterung Ihrer rheumatischen Beschwerden bemerkt, die über mehrere Tage anhielt?

nein ja ja, bis heute anhaltend

Wie häufig waren Sie in den letzten 3 Monaten wegen Ihrer rheumatischen Beschwerden beim Arzt?

nie einmal mehr als einmal, und zwar: Mal

Sind neben Ihren rheumatischen Beschwerden in den letzten 3 Monaten weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen aufgetreten?

nein ja

Wenn ja, welche?

Mussten Sie in den letzten 3 Monaten wegen dieser Beeinträchtigungen

extra Arztbesuche machen? nein ja

krankgeschrieben werden? nein ja, und zwar Tag(e)

Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

keinen Schulabschluss Polytechnische Oberschule
 Hauptschule (Volksschule) Fachhochschulreife
 Realschule Abitur / Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS)

In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit beschäftigt bzw. waren Sie zuletzt beschäftigt?

Arbeiter	Angestellter	Beamter	Selbstständiger
<input type="radio"/> un- oder angelernt	<input type="radio"/> einfache Tätigkeit z.B. Verkäufer	<input type="radio"/> einfacher Dienst	<input type="radio"/> Kleinbetrieb bis 9 Mitarbeiter
<input type="radio"/> Facharbeiter	<input type="radio"/> qualifizierte Tätigkeit z.B. Sachbearbeiter	<input type="radio"/> mittlerer Dienst	<input type="radio"/> Großbetrieb mehr als 9 Mitarbeiter
<input type="radio"/> Vorarbeiter, Meister	<input type="radio"/> hochqualifizierte Tätigkeit z.B. Abteilungsleiter	<input type="radio"/> gehobener bzw. höherer Dienst	<input type="radio"/> freier Beruf, selbstständiger Akademiker

Wie zufrieden sind Sie mit dem Erfolg Ihrer derzeitigen Rheumatherapie?

sehr zufrieden eher zufrieden eher unzufrieden sehr unzufrieden

Wie zufrieden sind Sie mit der Verträglichkeit Ihrer derzeitigen Rheumatherapie?

sehr zufrieden eher zufrieden eher unzufrieden sehr unzufrieden

In den folgenden Fragen geht es um Tätigkeiten aus dem täglichen Leben.

Bitte beantworten Sie jede Frage so, wie es für Sie im Moment (in Bezug auf die letzten 7 Tage) zutrifft.

Sie haben drei Antwortmöglichkeiten:

Ja

Sie können die Tätigkeit ohne Schwierigkeiten ausführen.

Ja, aber mit Mühe

Sie haben dabei Schwierigkeiten, z.B. Schmerzen, es dauert länger als früher oder Sie müssen sich dabei abstützen.

Nein oder nur mit fremder Hilfe

Sie können es gar nicht oder nur, wenn eine andere Person Ihnen dabei hilft.

	Ja	Ja, aber mit Mühe	Nein oder nur mit fremder Hilfe
1. Können Sie Brot streichen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
2. Können Sie aus einem normal hohen Bett aufstehen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
3. Können Sie mit der Hand schreiben (mindestens eine Postkarte)?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
4. Können Sie Wasserhähne auf- und zudrehen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
5. Können Sie sich strecken, um z.B. ein Buch von einem hohen Schrank oder Regal zu holen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
6. Können Sie einen mindestens 10 kg schweren Gegenstand (z.B. einen vollen Wassereimer oder Koffer) hochheben und 10 Meter weit tragen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
7. Können Sie sich von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
8. Können Sie sich bücken und einen leichten Gegenstand (z.B. ein Geldstück oder zerknülltes Papier) vom Fußboden aufheben?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
9. Können Sie sich über einem Waschbecken die Haare waschen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
10. Können Sie 1 Stunde auf einem ungepolsterten Stuhl sitzen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
11. Können Sie 30 Minuten ohne Unterbrechung stehen (z.B. in einer Warteschlange)?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
12. Können Sie sich im Bett aus der Rückenlage aufsetzen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
13. Können Sie Strümpfe an- und ausziehen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
14. Können Sie im Sitzen einen kleinen heruntergefallenen Gegenstand (z.B. eine Münze) neben Ihrem Stuhl aufheben?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
15. Können Sie einen schweren Gegenstand (z.B. einen gefüllten Kasten Mineralwasser) vom Boden auf den Tisch stellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
16. Können Sie sich einen Wintermantel an- und ausziehen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
17. Können Sie ca. 100 Meter schnell laufen (nicht gehen), etwa um einen Bus zu erreichen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
18. Können Sie öffentliche Verkehrsmittel (Bus, Bahn etc.) benutzen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃

© FFbH

Bitte tragen Sie das heutige Datum

□	□	□
Tag	Monat	Jahr

und den 1. Buchstaben Ihres Nachnamens ein:

Der Buchstabe dient dem Abgleich, ob Ihre anonyme Patientennummer richtig übertragen wurde.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!