

Basisbogen für Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank, dass Sie an der Beobachtungsstudie RABBIT-SpA teilnehmen. Durch Ihre aktive Teilnahme leisten Sie einen wichtigen Beitrag dazu, die Behandlung der axialen Spondyloarthritis noch sicherer zu machen. Ihre Angaben werden zu wissenschaftlichen Zwecken erhoben und durch das Deutsche Rheuma-Forschungszentrum ausgewertet. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass nicht gesichert ist, dass Ihr Arzt Ihre Antworten zur Kenntnis nimmt. Bitte besprechen Sie daher alle Beschwerden und Gesundheitsprobleme direkt mit Ihrem Arzt.

Heutiges Datum

Tag / Monat / Jahr

Bitte entscheiden Sie sich auf den nachfolgenden Skalen jeweils für eine Zahl. Auch wenn die Beschwerden geschwankt haben, wählen Sie eine Zahl als Angabe für die durchschnittliche Stärke der Beschwerden.

Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

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

Wie aktiv war Ihre rheumatische Erkrankung in den letzten 7 Tagen?

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

Wie würden Sie die Stärke Ihrer Gelenkschmerzen in den letzten 7 Tagen einschätzen?

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

Wie würden Sie das Ausmaß Ihrer Hautbeteiligung in den letzten 7 Tagen einschätzen?

keine Hautveränderung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr starke Hautveränderung

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

WHO - 5

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

In den letzten zwei Wochen ...	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

HAQ

Mit den folgenden Fragen möchten wir erfahren, ob Sie durch Ihre rheumatische Erkrankung im Alltag beeinträchtigt sind. Bitte kreuzen Sie jeweils nur die Antwort an, die am besten Ihre Fähigkeiten während der vergangenen 7 Tage beschreibt.

Können Sie...	Ohne jede Schwierigkeit	Mit einigen Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Nicht dazu in der Lage
1. Ankleiden und Körperpflege				
• sich ankleiden, inkl. Binden von Schnürsenkeln und Schließen von Knöpfen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• sich die Haare waschen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Aufstehen				
• von einem Stuhl ohne Armlehnen aufstehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• sich ins Bett legen und wieder aufstehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Essen				
• Fleisch schneiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• eine volle Tasse oder ein gefülltes Glas zum Munde führen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• eine neue Milchtüte (Tetrapack) öffnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Gehen				
• im Freien auf ebenem Gelände gehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• fünf Treppenstufen hinaufsteigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Hygiene				
• Ihren Körper von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• in der Badewanne baden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• sich auf die Toilette setzen und wieder aufstehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Erreichen von Gegenständen				
• sich strecken und einen etwa 2kg schweren Gegenstand (z.B. einen Beutel Kartoffeln) von einem knapp über Ihrem Kopf befindlichen Regal herunterholen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• sich bücken, um Kleidungsstücke vom Boden aufzuheben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Greifen				
• Autotüren öffnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Gläser mit Schraubverschluss öffnen, die vorher schon einmal geöffnet waren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Wasserhähne auf- und zudrehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Andere Tätigkeiten				
• Besorgungen machen und einkaufen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• in ein Auto ein- und aussteigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Hausarbeiten verrichten, z.B. Staubsaugen und Gartenarbeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Falls Sie für die angeführten Tätigkeiten Hilfsmittel benutzen, kreuzen Sie bitte alle an, die Sie üblicherweise für diese Tätigkeit benutzen.

1. Ankleiden und Körperpflege	<input type="checkbox"/>	Hilfsmittel zum Anziehen, z.B. Knopfhaken, Reißverschlusssteile, verlängerter Schuhlöffel
2. Aufstehen	<input type="checkbox"/>	Spezialstuhl oder erhöhter Stuhl
3. Essen	<input type="checkbox"/>	Besondere Hilfsmittel beim Essen und Trinken, z.B. besonderes Besteck
4. Gehen	<input type="checkbox"/>	Gehstützen
	<input type="checkbox"/>	Gehstock
	<input type="checkbox"/>	Gehwagen
	<input type="checkbox"/>	Rollstuhl
5. Hygiene	<input type="checkbox"/>	Erhöhter Toilettensitz
	<input type="checkbox"/>	Badewannensitz
	<input type="checkbox"/>	Badewannenstange bzw. -griff
6. Erreichen von Gegenständen	<input type="checkbox"/>	Geräte mit langen Stielen zum Erreichen bestimmter Gegenstände
7. Greifen	<input type="checkbox"/>	Geräte mit langen Stielen im Badezimmer
	<input type="checkbox"/>	Schraubverschluss-Öffner für Gläser, die schon vorher geöffnet waren
Andere Hilfsmittel für die genannten Tätigkeiten (Bitte als Freitext angeben.)	_____	

Ich benötige keine Hilfsmittel.	<input type="checkbox"/>	

Bitte geben Sie jetzt die Tätigkeiten an, bei denen Sie gewöhnlich Hilfe von anderen Menschen benötigen.

1. Ankleiden und Körperpflege	<input type="checkbox"/>
2. Aufstehen	<input type="checkbox"/>
3. Essen	<input type="checkbox"/>
4. Gehen	<input type="checkbox"/>
5. Hygiene	<input type="checkbox"/>
6. Erreichen von Gegenständen	<input type="checkbox"/>
7. Greifen	<input type="checkbox"/>
Andere Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>
Ich benötige keine Hilfe von anderen Menschen.	<input type="checkbox"/>

Dermatologischer Lebensqualitäts-Fragebogen (DLQI)

Ziel dieses Fragebogens ist es, herauszufinden, wie sehr Ihre Hauterkrankung Ihr Leben in den vergangenen 7 Tagen beeinflusst hat. Bitte kreuzen Sie zu jeder Frage ein Kästchen an.

1. Wie sehr hat Ihre Haut in den vergangenen 7 Tagen gejuckt , war wund , hat geschmerzt oder gebrannt ?	<input type="radio"/> sehr <input type="radio"/> ziemlich <input type="radio"/> ein bisschen <input type="radio"/> überhaupt nicht	
2. Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung Sie in den vergangenen 7 Tagen verlegen oder befangen gemacht?	<input type="radio"/> sehr <input type="radio"/> ziemlich <input type="radio"/> ein bisschen <input type="radio"/> überhaupt nicht	
3. Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung Sie in den vergangenen 7 Tagen bei Einkäufen oder bei Haus- oder Gartenarbeit behindert?	<input type="radio"/> sehr <input type="radio"/> ziemlich <input type="radio"/> ein bisschen <input type="radio"/> überhaupt nicht	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>
4. Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung die Wahl der Kleidung beeinflusst, die Sie in den vergangenen 7 Tagen getragen haben?	<input type="radio"/> sehr <input type="radio"/> ziemlich <input type="radio"/> ein bisschen <input type="radio"/> überhaupt nicht	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>
5. Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen Ihre Aktivitäten mit anderen Menschen oder Ihre Freizeitgestaltung beeinflusst?	<input type="radio"/> sehr <input type="radio"/> ziemlich <input type="radio"/> ein bisschen <input type="radio"/> überhaupt nicht	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>
6. Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung es Ihnen in den vergangenen 7 Tagen erschwert, sportlich aktiv zu sein?	<input type="radio"/> sehr <input type="radio"/> ziemlich <input type="radio"/> ein bisschen <input type="radio"/> überhaupt nicht	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>
7. Hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen dazu geführt, dass Sie Ihrer beruflichen Tätigkeit nicht nachgehen oder nicht studieren konnten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>
Falls "nein", wie sehr ist Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen ein Problem bei Ihrer beruflichen Tätigkeit bzw. Ihrem Studium gewesen?	<input type="radio"/> ziemlich <input type="radio"/> ein bisschen <input type="radio"/> überhaupt nicht	
8. Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen Probleme im Umgang mit Ihrem Partner , Freunden oder Verwandten verursacht?	<input type="radio"/> sehr <input type="radio"/> ziemlich <input type="radio"/> ein bisschen <input type="radio"/> überhaupt nicht	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>
9. Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen Ihr Liebesleben beeinträchtigt?	<input type="radio"/> sehr <input type="radio"/> ziemlich <input type="radio"/> ein bisschen <input type="radio"/> überhaupt nicht	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>
10. Inwieweit war die Behandlung Ihrer Haut in den vergangenen 7 Tagen für Sie mit Problemen verbunden (z. B. weil die Behandlung Zeit in Anspruch nahm oder dadurch Ihr Haushalt unsauber wurde)?	<input type="radio"/> sehr <input type="radio"/> ziemlich <input type="radio"/> ein bisschen <input type="radio"/> überhaupt nicht	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>

Bitte geben Sie uns an, in welchem Umfang sich die Psoriasis-Arthritis auf Ihre Gesundheit auswirkt. Bitte teilen Sie uns mit, wie Sie sich während der letzten Woche gefühlt haben.

Kreuzen Sie bitte bei jeder Frage den Wert an, der am ehesten auf Sie zutrifft.

1. Wie stark waren Ihre Schmerzen aufgrund Ihrer Psoriasis-Arthritis in der letzten Woche?

Keine Schmerzen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extreme Schmerzen

2. Wie stark war Ihre Müdigkeit / Erschöpfung aufgrund Ihrer Psoriasis-Arthritis in der letzten Woche?

Keine Müdigkeit 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Völlige Erschöpfung

3. Wie stark waren Ihre Hautprobleme, eingeschlossen Juckreiz, während der letzten Woche?

Keine Hautprobleme 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extreme Hautprobleme

4. Welche Schwierigkeiten hatten Sie während der letzten Woche, aufgrund Ihrer Psoriasis-Arthritis, in vollem Umfang an der Arbeit und / oder Freizeitaktivitäten teilzunehmen?

Keine Schwierigkeiten 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extreme Schwierigkeiten

5. Wie groß waren die Schwierigkeiten, die Sie aufgrund Ihrer Psoriasis-Arthritis während Ihrer alltäglichen körperlichen Tätigkeiten in der letzten Woche hatten?

Keine Schwierigkeiten 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extreme Schwierigkeiten

6. Wie groß war das Ausmaß Ihres Unbehagens bezüglich alltäglicher Probleme durch Ihre Psoriasis-Arthritis während der letzten Woche?

Kein Unbehagen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremes Unbehagen

7. Wie viel Schwierigkeiten hatten Sie mit Schlaf (insbesondere nächtlichem Durchschlafen) aufgrund Ihrer Psoriasis-Arthritis in der letzten Woche?

Keine Probleme 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extreme Probleme

8. Wenn Sie an Ihre Psoriasis-Arthritis im Allgemeinen denken, wie gut sind Sie mit der Erkrankung während der letzten Woche zurechtgekommen?

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

9. Wie groß war das Ausmaß Ihrer Besorgnis, Angst und Unsicherheit (z.B. Zukunftsangst, Angst vor Therapien, Angst vor dem Alleinsein), welche Sie durch Ihre Psoriasis-Arthritis erfahren haben, während der letzten Woche?

Keine Angst 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extreme Angst

10. Wenn Sie an Ihre Psoriasis-Arthritis im Allgemeinen denken, wie groß war das Ausmaß Ihrer Verlegenheit und / oder Ihrer Scham aufgrund Ihres Aussehens, welches Sie während der letzten Woche erfahren haben?

Keine Verlegenheit 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extreme Verlegenheit

11. Wie stark waren die Schwierigkeiten durch die Psoriasis-Arthritis während der letzten Woche, in vollem Umfang an sozialen Aktivitäten teilzuhaben (einschließlich der Beziehung zur Familie und / oder nahestehenden Personen)?

Keine Schwierigkeiten 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extreme Schwierigkeiten

12. Wie groß war das Ausmaß Ihrer Depression durch Ihre Psoriasis-Arthritis während der letzten Woche?

Keine Depression 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extreme Depression



PASS

Sind Sie mit dem **aktuellen Zustand** Ihrer rheumatischen Erkrankung **zufrieden**, wenn Sie den derzeitigen Schmerzzustand und die Fähigkeit, alltägliche Tätigkeiten im Beruf, in der Freizeit und zu Hause zu verrichten, berücksichtigen?

- nein ja
Wenn ja: sehr zufrieden aber nur mäßig zufrieden ("geht so")

Wenn Sie im **aktuellen Zustand** Ihrer rheumatischen Erkrankung (**derzeitigen Schmerzzustand und die Fähigkeit, alltägliche Tätigkeiten im Beruf, in der Freizeit und zu Hause zu verrichten**) für die **nächsten 6 Monate** bleiben sollten, wären Sie damit zufrieden?

- nein ja
Wenn ja: sehr zufrieden aber nur mäßig zufrieden ("geht so")

Rauchen Sie?

- ja, täglich **Seit wie vielen Jahren rauchen Sie?**
 ja, gelegentlich
 Ich habe früher Jahre lang geraucht, habe aber vor Jahren mit dem Rauchen aufgehört.
 Ich habe nie geraucht.

Wenn Sie rauchen: **Ich rauche pro Tag** **Zigaretten.**

Machen Sie krankengymnastische Übungen?

- ja nein
Wenn ja wie oft?
 täglich oder fast täglich
 ca. 2 - 3 x pro Woche
 ca. 1x pro Woche
 selten, weniger als 1x pro Woche

Wie oft treiben Sie Sport?

- regelmäßig, mehr als 4 Stunden pro Woche
 regelmäßig, 2 bis 4 Stunden pro Woche
 regelmäßig, 1 bis 2 Stunden pro Woche
 weniger als eine Stunde pro Woche
 keine sportliche Betätigung

Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

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

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

- un- oder angelernt
 Facharbeiter
 Vorarbeiter, Meister

Angestellte

- einfache Tätigkeit
z.B. Verkäufer
 qualifizierte Tätigkeit
z.B. Sachbearbeiter
 hochqualifizierte Tätigkeit
z.B. Abteilungsleiter

Beamte

- einfacher Dienst
 mittlerer Dienst
 gehobener bzw. höherer Dienst

Selbstständige

- Kleinbetrieb
 bis 9 Mitarbeiter
 Großbetrieb
 mehr als 9 Mitarbeiter
 freier Beruf,
 selbstständige
 Akademiker

Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

- Vollzeit erwerbstätig
 Teilzeit erwerbstätig und zwar %
 erwerbstätig und krank geschrieben
 Hausfrau/Hausmann
 in Ausbildung oder Umschulung
 arbeitslos
 arbeitslos und krank geschrieben
 berentet

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)

An wie vielen Tagen innerhalb der letzten 4 Wochen waren Sie wegen Ihrer rheumatischen Erkrankung 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 6 Monaten wegen Ihrer rheumatischen Beschwerden beim Arzt?

- nie einmal mehr als einmal, und zwar: Mal

Waren Sie in den letzten 6 Monaten wegen Ihrer rheumatischen Erkrankung stationär im Krankenhaus?

- nein ja, und zwar: Woche(n) und Tag(e)

Wenn Sie erwerbstätig sind oder im letzten Jahr waren: Waren Sie in den letzten 6 Monaten wegen Ihrer rheumatischen Erkrankung arbeitsunfähig (krankgeschrieben)?

- nein ja, und zwar: Woche(n) und Tag(e)

Arbeitsfähigkeit (WAI mod.)**Ich bin bei meiner Arbeit ...**

- vorwiegend geistig tätig.
 vorwiegend körperlich tätig.
 etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig.

1. Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit

arbeitsunfähig 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 derzeit beste Arbeitsfähigkeit

2. Arbeitsfähigkeit in Relation zur Arbeitsanforderung

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Relation zu den körperlichen Arbeitsanforderungen ein?

- sehr gut
 eher gut
 mittelmäßig
 eher schlecht
 sehr schlecht

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Relation zu den geistigen Arbeitsanforderungen ein?

- sehr gut
 eher gut
 mittelmäßig
 eher schlecht
 sehr schlecht

3. Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch Krankheiten

Behindern Ihre Gesundheitsprobleme Sie derzeit bei der Arbeit?

Falls nötig, kreuzen Sie bitte mehrere Antwortmöglichkeiten an.

- Keine Beeinträchtigung / Ich habe keine Erkrankung.
 Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden.
 Ich bin **manchmal** gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern.
 Ich bin **oft** gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern.
 Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage, Teilzeitarbeit zu verrichten.
 Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig.

4. Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren

Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?

- unwahrscheinlich
 nicht sicher
 ziemlich sicher

5. Psychische Leistungsreserven

Haben Sie in der letzten Zeit Ihre Aufgaben mit Freude erledigt?

- häufig
 eher häufig
 manchmal
 eher selten
 niemals

Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?

- immer
 eher häufig
 manchmal
 eher selten
 niemals

Waren Sie in der letzten Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?

- immer
 eher häufig
 manchmal
 eher selten
 niemals

Wir bitten Sie diese Frage nur zu beantworten, wenn Sie selbständig ohne Hilfe ihrer Praxis den Bogen ausfüllen. Lassen Sie die Frage bitte unbeantwortet, wenn Sie den Bogen in der Praxis ausfüllen und die Praxismitarbeiter anschließend Ihre Angaben in das Dokumentationssystem eingeben.

Wie regelmäßig haben Sie Ihre für die Psoriasis oder Psoriasis-Arthritis verordneten Medikamente in den letzten 4 Wochen eingenommen?

<input type="radio"/> Ich habe in den letzten 4 Wochen keine Medikamente ärztlich verordnet bekommen.				
In den letzten vier Wochen ...	wie verordnet	häufiger oder höher dosiert	seltener oder geringer dosiert	fast nie oder gar nicht
NSAR (nichtsteroidales Antirheumatikum)				
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Biologikum / Biosimilar				
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Basistherapeutika (csDMARD / tsDMARD / andere)				
.....	<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"/>
Salben				
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lichttherapie				
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie zufrieden waren Sie mit dem Erfolg der bisherigen Therapie Ihrer rheumatischen Erkrankung?
 sehr zufrieden eher zufrieden eher unzufrieden sehr unzufrieden

Wie zufrieden waren Sie mit der Verträglichkeit der bisherigen Therapie Ihrer rheumatischen Erkrankung?
 sehr zufrieden eher zufrieden eher unzufrieden sehr unzufrieden

Sind Sie Mitglied der folgenden Patientenorganisationen?

Deutscher Psoriasis Bund e.V. Rheuma-Liga andere nein

Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens!