

RABBIT-SpA – RheDAT-Integration

Anleitung für Einrichtungen

Version 1.0 – 13.07.2026

INHALTSVERZEICHNIS

Verknüpfung der Einrichtung	1
Voraussetzungen	1
Vorgehen	2
Verknüpfung eines Patienten / einer Patientin	4
Voraussetzungen	4
Vorgehen	4
Synchronisation einer Visite	6
Basisvisite	6
Folgevisiten	12
Anhang: annotierte CRFs, Mappingtabelle	13

VERKNÜPFUNG DER EINRICHTUNG

Die Verknüpfung der Einrichtung ist ein **einmaliger Vorgang**, der die RheDAT-Instanz Ihrer Einrichtung mit dem RABBIT-SpA-System verbindet. Erst nach dieser Verknüpfung können Visitedaten aus RheDAT an RABBIT-SpA übertragen werden.

Voraussetzungen

- Die Einrichtung verfügt über eine aktive RheDAT-Installation.
- Die Einrichtung ist als Zentrum in RABBIT-SpA registriert.
- **Wichtig:** Der folgende Schritt in RABBIT-SpA muss vom Konto der **für RABBIT-SpA verantwortlichen Person** der Einrichtung durchgeführt werden. Mitarbeiterprofile haben diese Befugnis nicht.
- **Ihre Einrichtung ist für die Benutzung der RheDAT-Schnittstelle freigeschaltet.** Dafür ist es notwendig, dass Sie an einer Schulung bzw. Einweisung teilgenommen haben.
- **Stellen Sie sicher, dass ihre RheDAT-Installation aktuell ist.** Unter **Administration** → **Aktualisierung** können Sie RheDAT aktualisieren. Unter **Hilfe** → **Über RheDAT** können Sie die aktuelle Versionsnummer und das Datum des letzten Updates sehen.

Ist Ihre Einrichtung noch nicht freigeschaltet, können Sie uns durch Klick auf „RheDAT anfragen“ eine Nachricht schreiben. Natürlich können Sie uns dazu auch per E-Mail oder telefonisch kontaktieren.



RABBIT SpA

A A TEST

Hier können Sie Ihren Verbindungstoken erzeugen!

Rhedat anfragen

Vorgehen

Schritt 1 – Token in RABBIT-SpA generieren

Melden Sie sich im RABBIT-SpA-System mit dem Konto der für RABBIT-SpA verantwortlichen Person an. Navigieren Sie zu **Profil** → **Verbindungstoken** und klicken Sie auf **Token erzeugen**. Ein 6-stelliger, temporär gültiger Code wird angezeigt. Kopieren Sie diesen Code.

A A TEST

arzt5@drfz.de Profil ▾ Abmelden

RABBIT SpA

Startseite Visitenübersicht Nachrichten (6) Queries Patienten

- Mitarbeiter
- Verbindungstoken
- Daten editieren
- Passwort ändern

Hier können Sie Ihren Verbindungstoken erzeugen!

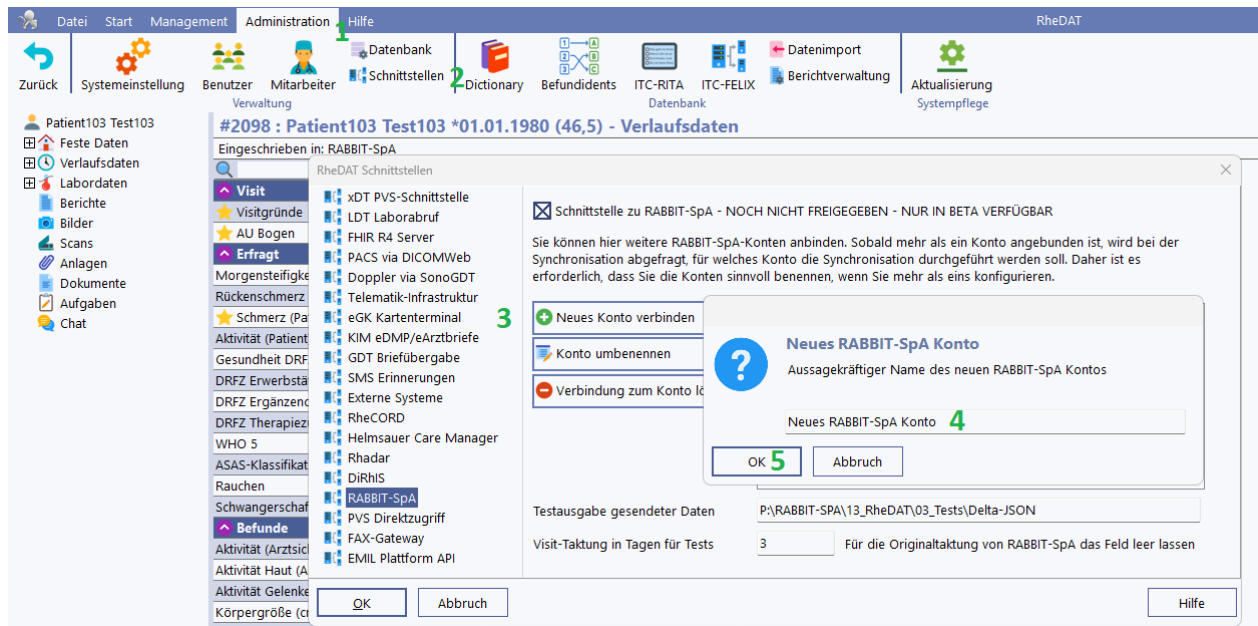
Token erzeugen

RABBIT-SpA: Profil -> Verbindungstoken -> Token erzeugen

Achtung: Der Verbindungstoken ist nur kurze Zeit gültig. Führen Sie Schritt 1 und Schritt 2 zügig nacheinander durch.

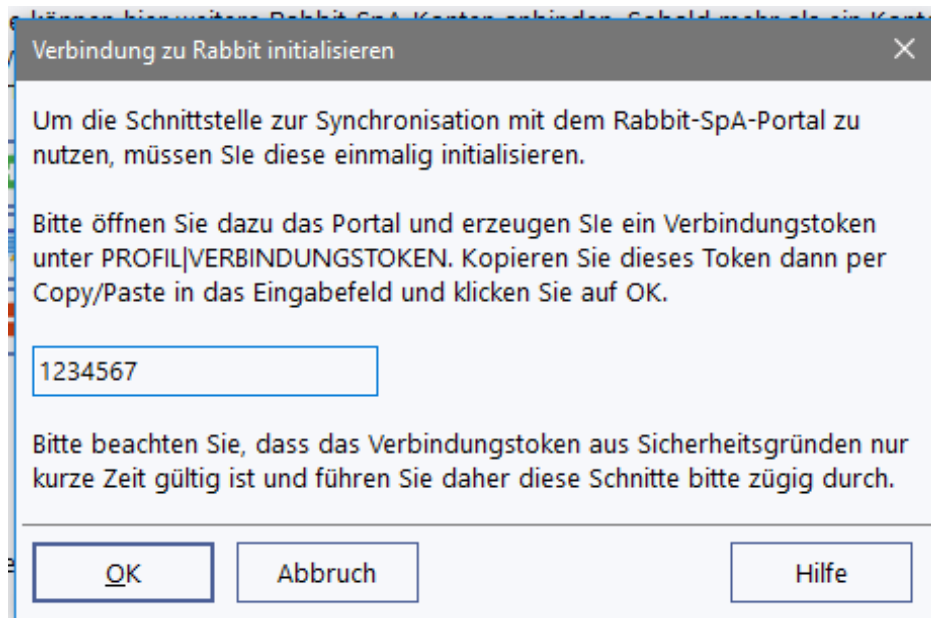
Schritt 2 – Konto in RheDAT anlegen und verbinden

Öffnen Sie in RheDAT **Administration (1) → Schnittstellen (2) → RABBIT-SpA** und wählen Sie **Neues Konto verbinden (3)**. Vergeben Sie einen sinnvollen Namen für das Konto (z.B. RABBIT-SpA) (4). **Sollte das Häkchen bei „Schnittstelle zu RABBIT-SpA“ nicht gesetzt sein, setzen Sie es und starten Sie RheDAT neu, bevor Sie fortfahren.**



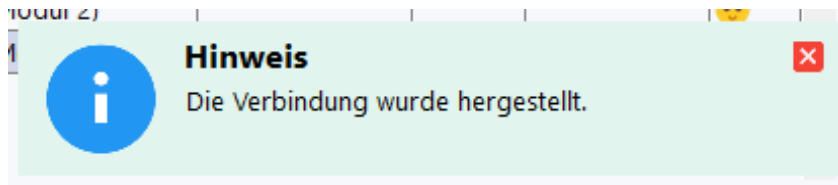
RheDAT: Administration -> Schnittstellen -> RABBIT-SpA -> Neues Konto verbinden

Fügen Sie den kopierten Token in die Eingabeaufforderung ein und bestätigen Sie mit **OK**.



RheDAT: Token-Eingabeaufforderung

Die Einrichtung ist nun mit RABBIT-SpA verknüpft.



RheDAT: Bestätigung erfolgreicher Verknüpfung

VERKNÜPFUNG EINES PATIENTEN / EINER PATIENTIN

Bevor Visitedaten eines Patienten / einer Patientin synchronisiert werden können, muss dieser Patient / diese Patientin in beiden Systemen angelegt und die Verknüpfung zwischen den beiden Patientenakten hergestellt sein.

Voraussetzungen

- **In RheDAT:** Der Patient / Die Patientin ist angelegt. Folgende Felder sind für die Synchronisation erforderlich: Nachname, Vorname und Geburtsdatum.
- **In RheDAT:** Unter **Feste Daten** können zusätzlich Geburtsname und Geburtsort eingetragen werden. Diese Angaben sind zwar keine Pflichtfelder, können aber für das Matching mit RABBIT-SpA notwendig werden (siehe Hinweis unten).
- **In RABBIT-SpA:** Der Patient / Die Patientin ist angelegt, mit identischen Namens- und Geburtsdaten wie in RheDAT.

Vorgehen

Öffnen Sie in RheDAT die Patientenakte. In der geöffneten Patientenakte erscheint unten rechts eine Übersicht der verfügbaren Studien. Klicken Sie mit der **rechten Maustaste** auf **RABBIT SpA**.

RheDAT

Start Management Administration Hilfe

Zurück Minimieren Öffnen Patientenakte Clipboard Datengitter Patientenfoto Schnittstellen

Patient711 Test711 #2156 : Patient711 Test711

Titel _____ Namenszus. _____ Geboren 01.01.1980 (ist aktuell 46,4 Jahre alt)

Vorname Patient711 Geschlecht ♂ Staatsangehörigkeit _____

Vorsatzwort _____ Telefon _____

Nachname Test711 Tätigkeit _____

Geburtsname Test711 Bei _____

Geboren in _____ Telefon _____

Straße _____ Email _____

Adr.-Zusatz _____ KIS-ID _____ PVS-ID _____

Land/PLZ/Ort _____ RhDok-ID _____ DMed-ID _____

Wiedervorlage _____ Mobil (?) _____ ☐ VIP ☐ Testpatient

Nächst Termin Kein Termin

Pat-Kontakte

☒ = Brief ☐ Angehörige

Cave Notiz **F**

epiadmin [PC: WIN10-N-EPI05, Server: Rhemit-Test.drzfz.de]

Basisquartal Plausibilitätsprüfung Letztes Quartal

Studie/Versorgungsvertrag	Studien-ID	Gruppe	Startdatum	Status
Barmer besondere Versorgung				😊
Barmer-RheCORD-Vertrag				😊
DATAx				
IRPIC				
Kerndokumentation				
Rabbit SpA			18.05.2026	😊
Menü schließen (STUDYID=1015)				
Einverständnis dokumentieren und einschreiben				😊
Einschreiben				😊
Ablehnung dokumentieren				
Audit-Trail (Änderungshistorie) ...				
Hinterlegte Plausibilitätsregeln anzeigen ...				

RheDAT: Rechtsklick auf RABBIT SpA in der Studienübersicht

Wählen Sie **Einverständnis dokumentieren und einschreiben**. Bei Erfolg erscheint ein Plus-Zeichen.

Studie/Versorgungsvertrag	Studien-ID	Gruppe	Startdatum	Status
 Rabbit SpA			18.05.2026	
Barmer besondere Versorgung				😊
Barmer-RheCORD-Vertrag				😊
DATAx				
IRPIC				
Kerndokumentation				
RhPID				
Rheuma One (Modul 1)				😊
Rheuma One (Modul 2)				😊
Rheuma One (Modul 3)				😊

RheDAT: Plus-Zeichen nach erfolgreicher Einschreibung

Hinweis: Im RABBIT-SpA-System ist in der Patientenliste erkennbar, welche Patienten / Patientinnen bereits mit RheDAT verknüpft sind: verknüpfte Patienten / Patientinnen sind dort mit einem „RheDAT“-Kästchen gekennzeichnet.

Anrede	Name	Geburtstag	Status	Diagnose	Datum Einschluss	EW	Offene Bögen	Patientenbogen ausgefüllt	UE/ SUE	Rhedat	Bogen läuft ab am	Nächste Visite
Frau	Test505, Patient505	01.01.1980	Aktiv	axSpA	26.03.2026	V2	7		☐	☐	☒	20.05.2026 26.06.2026
Frau	Test605, Patient605	12.12.2000	Aktiv	axSpA	30.03.2026	V2	7		☐	☐	☒	24.05.2026 30.06.2026
Herr	Test301, Patient301	01.01.1980	Aktiv	axSpA	12.01.2026	V2	6		☐	☐	☒	31.05.2026 12.07.2026
Herr	axSpA, Stefan	01.01.1980	Aktiv	axSpA	13.08.2025	V2	6		☐	☐	☒	02.06.2026 13.08.2026
Frau	Test402, Patient402	12.12.2000	Aktiv	PsA	14.01.2026	V2	8		☐	☐	☒	02.06.2026 14.07.2026
Frau	Test303, Patient303	01.01.1980	Aktiv	PsA	14.01.2026	V2	6		☐	☐	☒	02.06.2026 14.07.2026

RABBIT-SpA: Patientenliste mit RheDAT-Kästchen

Hinweis zum Patientenmatching: RABBIT-SpA identifiziert Patienten anhand von Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum und Geburtsort. Wenn die in RheDAT vorhandenen Angaben innerhalb Ihrer Einrichtung zu mehr als einem Treffer in RABBIT-SpA führen, erscheint eine Fehlermeldung. RheDAT fordert Sie dann auf, Geburtsname und/oder Geburtsort in der Patientenakte zu ergänzen.

SYNCHRONISATION EINER VISITE

Als **Synchronisation** wird die Übertragung der Daten einer RheDAT-Visite an RABBIT-SpA bezeichnet.

Basisvisite

Schritt 1 – Visite auswählen und RABBIT-SpA starten

Öffnen Sie in RheDAT die Patientenakte und klicken Sie in die gewünschte Visite, die synchronisiert werden soll. Klicken Sie anschließend im Menü auf **Start** → **RABBIT-SpA**.

Start Management Administration Hilfe RheDAT

Downloadieren
 Öffnen
 Clipboard
 Hinzufügen
 Datengitter
 IRIS
 Webcam
 RABBIT-SpA
 Zum PVS

Patientenakte
 Datengitter
 Patientenfoto
 Schnittstellen

12 Test712
Daten
itere Stammdaten
ormationen
ufsdaten
it
ragt
unde
erapie
gen und Scores
daten
ite
en
mente
iben

#2157 : Patient712 Test712 *01.01.1980 (46,4) - Verlaufsdaten

Eingeschrieben in: Rabbit SpA

	19.05.2026	05.01.2026
Visit		
★ Visitgründe		
Rabbit SpA Bogen		
★ AU Bogen		
Erfragt		
Morgensteifigkeit (min)		
Rückensteifigkeit		
★ Schmerz (Patient) (0-100)		
Aktivität (Patient) (0-100)		
Gesundheit DRFZ (Patient) (0-100)		
DRFZ Erwerbstätigkeit		
DRFZ Ergänzende Therapien		
DRFZ Therapiezufriedenheit		
WHO 5		
ASAS-Klassifikation		
Rauchen		
Schwangerschaft		
Befunde		
Aktivität (Arztsicht) (0-100)		
Aktivität Haut (Arztsicht) (mm)		
Aktivität Gelenke (Arztsicht) (mm)		
Körpergröße (cm)		
Körpergewicht (kg)		
BMI (kg/m ²)	Gewicht?	Gewicht?
Sonstige Befunde		
Taillenumfang (cm)		

RheDAT: Fokussierte Visite in der Patientenakte

Schritt 2 – Dauerhafte Verknüpfung bestätigen

Es erscheint eine Abfrage, ob diese Visite **dauerhaft** mit dem RABBIT-SpA-Basisbogen verknüpft werden soll.

Start Management Administration Hilfe RheDAT

Importieren Öffnen Patientenakte Clipboard Hinzufügen Datengitter Patientenfoto Zum PVS Schnittstellen

12 Test712
Daten
itere Stammdaten
ormationen
fsdaten
it
ragt
unde
erapie
gen und Scores
daten
ite
en
mente
iben

#2157 : Patient712 Test712 *01.01.1980 (46,4) - Verlaufsdaten

Eingeschrieben in: Rabbit SpA

19.05.2026

Visit

Visitgründe

Rabbit SpA Bogen

AU Bogen

Erfragt

Morgensteifigkeit (min)

Rückensteifigkeit

Schmerz (Patient) (0-100)

Aktivität (Patient) (0-100)

Gesundheit DRFZ (Patient) (0-100)

DRFZ Erwerbstätigkeit

DRFZ Ergänzende Therapien

DRFZ Therapiezufriedenheit

WHO 5

ASAS-Klassifikation

Rauchen

Schwangerschaft

Befunde

Bitte bestätigen:

Der aktuelle RheDAT-Visit zum 19.05.2026 wird nun dauerhaft mit dem Rabbit-SpA Basisbogen verknüpft.

Der Rabbit-SpA Basisbogen hat eine Laufzeit vom 19.05.2026 bis zum 21.05.2026

Hinweis: Sie können bei diesem Patienten keine weiteren RheDAT-Visits mit dem Rabbit-SpA Basisbogen verknüpfen.

OK Abbruch

RheDAT: Abfrage zur dauerhaften Verknüpfung der Visite

Achtung: Prüfen Sie sorgfältig, ob die richtige Visite ausgewählt ist. Die Verknüpfung einer Visite mit einem Fragebogen ist dauerhaft und kann nicht rückgängig gemacht werden. Klicken Sie auf **OK** oder **Abbruch**.

Schritt 3 – Felder in RheDAT prüfen und ergänzen

Nach Bestätigung werden in RheDAT die Felder hervorgehoben, die für die Synchronisation relevant sind — abhängig von der Diagnose des Patienten / der Patientin und dem Erhebungszeitpunkt (da sich unsere Fragebögen von Zeitpunkt zu Zeitpunkt unterscheiden). Prüfen Sie, ob alle relevanten Felder ausgefüllt sind, und ergänzen Sie fehlende Angaben bei Bedarf.

#2098 : Patient103 Test103 *01.01.1980 (46,5) - Verlaufsdaten

Eingeschrieben in: RABBIT-SpA

14.10.2025

Visit

Visitgründe

RABBIT-SpA T0: Basisbogen

AU Bogen

Erfragt

Morgensteifigkeit (min)

Rückenschmerz

Schmerz (Patient) (0-100)

10

Aktivität (Patient) (0-100)

10

Gesundheit DRFZ (Patient) (0-100)

10

DRFZ Erwerbstätigkeit

!

DRFZ Ergänzende Therapien

!

DRFZ Therapiezufriedenheit

!

WHO 5

!

ASAS-Klassifikation

Rauchen

!

Schwangerschaft

Befunde

Aktivität (Arztsicht) (0-100)

10

Aktivität Haut (Arztsicht) (mm)

!

Aktivität Gelenke (Arztsicht) (mm)

!

Körpergröße (cm)

190

Körpergewicht (kg)

100.0

BMI (kg/m²)

27.7

Sonstige Befunde

Taillenumfang (cm)

Körperoberfläche (m²)

2.28

Therapie

csDMARDS

!

Glucocorticoide

!

tsDMARDS

!

Biologika

Amgevita (Biosimilar) 111 mg s.c., 1 x täglich ab 14.10.2025

Rheumatol. Begleitmedikation

!

Neue Therapien

Nebenwirkungen

Hinweis

Der RheDAT-Visit ist nun mit dem RABBIT-SpA Basisbogen verknüpft.
Es werden nun die Plausibilitätsregeln von RABBIT-SpA angewendet.
Bitte füllen Sie alle orange markierten Felder aus und synchronisieren Sie dann erneut, um die Daten zu übertragen.

OK

RheDAT: Hervorgehobene Felder nach Bestätigung der Verknüpfung

Schritt 4 – Synchronisation starten

Wenn Sie alle verfügbaren Daten zur Visite eingetragen haben, klicken Sie erneut auf **Start** → **RABBIT-SpA**, um die Synchronisation auszulösen. Das RABBIT-SpA-System öffnet sich innerhalb von RheDAT, Sie werden automatisch eingeloggt und die Fragebogenseite des Patienten / der Patientin wird aufgerufen. Öffnen Sie den **Arzt-Basisbogen**.

Datei
Start
Management
Internet
Administration
Hilfe
RheDAT

Zurück
Rückwärts
Vorwärts
Aktualisieren
Steuerung

RABBIT SpA
A A TEST
pat72@drfz.de
Profil
Abmelden

Startseite
Visitenübersicht
Nachrichten (6)
Queries
Patienten
Listen
Infomaterial
Hilfe

Wählen Sie aus der linken Liste einen Fragebogen zur Bearbeitung aus oder öffnen Sie bereits ausgefüllte Fragebögen. Oben rechts in der Ecke finden Sie weitere Hilfe zu dieser Seite.

Patient
Fragebogen

Name : Test712, Patient712
Geburtsname : Test712
Geschlecht : männlich
Geburtsstag : 01.01.1980
Geburtsort : Berlin
Diagnose : axSpA
Studie : Rabbit SpA
Woche : 0

Frühere Bögen
weitere Funktionen

Arzt Fragebogen	Gültig bis
Arzt: Basisbogen axSpA (T0)	13.07.2026

1 Fragebögen

Patient Fragebogen	Gültig bis
Patient: Basisbogen axSpA (T0)	13.07.2026

1 Fragebögen

Teilnahme beenden
Daten editieren

RABBIT-SpA (in RheDAT geöffnet): Fragebogenseite des Patienten / der Patientin

Alle Felder, die aus RheDAT übertragen wurden, sind **grün markiert** (Kreuze sind aktuell noch blau). Felder, die in RheDAT nicht vorhanden sind oder für diesen Patienten / diese Patientin nicht eingegeben wurden, sind leer und müssen manuell ausgefüllt werden.

Fragebogen

118% ▾

-

+

⚙

📄

⬇

RABBIT - SpA - Modul axSpA
Ärztlicher Basisbogen

Patient712 Test712

Erhebungsdatum

Geburtsjahr Patient

Geschlecht ☐ weiblich
☒ männlich
☐ anderes, und zwar: _____

Beginn SpA-typischer Beschwerden/Symptome ①

Monat / Jahr

Erstdiagnose
☐ unbekannt

Monat / Jahr

Erstkontakt zum Rheumatologen
☐ unbekannt

Monat / Jahr

Krankenversicherung
☒ GKV ☐ PKV

Welche klinischen Zeichen einer axialen SpA (nach ASAS Klassifikationskriterien) lagen jemals vor? ①

☒ Alter bei Erkrankungsbeginn < 45 Jahre ①
☒ über mindestens 3 Monaten anhaltender Rückenschmerz
☒ entzündlicher Rückenschmerz ①
☐ HLA B27 positiv ①
☒ gutes Ansprechen auf NSAR ①
☒ positive Familienanamnese ①
☒ erhöhtes CRP ①

☐ Arthritis ①
☐ Enthesitis ①
☐ Daktylitis ①
☐ Uveitis anterior ①
☐ Psoriasis ①
☐ Chron. entzündliche Darmerkrankung ①
☐ Nachweis einer Sakroilitis in der Bildgebung ①

☐ MRT ☐ Röntgen

Welche Charakteristika treffen / trafen auf die Rückenschmerzen des Patienten zu?

☒ Morgensteifigkeit im Rücken mind. 30 min
☐ langsamer Beginn der Rückenschmerzen
☐ Besserung bei Bewegung

Aktuell entzündlicher Rückenschmerz vorhanden?
☒ ja ☐ nein ☐ unklar

Lokalisation:

< 1 / 7 >

RABBIT-SpA: Arzt-Basisbogen mit grün markierten Feldern

Der Rest der Eingabe ist wie gewohnt. Führen Sie pro Seite die Seitenprüfung durch, ergänzen Sie fehlende Werte und schicken Sie den Bogen wie gewohnt ab.

Hinweis: Grüne Markierungen erscheinen nur bei tatsächlich übertragenen Werten. Wenn ein Feld in RheDAT leer war, bleibt es im RABBIT-SpA-Bogen ebenfalls leer und wird nicht grün markiert.

Hinweis zu Laborwerten: Wenn bestimmte Laborwerte (z.B. CRP) zum Zeitpunkt der Synchronisation in RheDAT noch nicht vorliegen, wird das entsprechende Feld zunächst leer übertragen. Das RABBIT-SpA-System ergänzt den Wert automatisch, sobald er nachträglich in RheDAT eingetragen wird (innerhalb von maximal 2 Wochen nach Abschicken des Bogens).

Schritt 5 – Patient:innen-Basisbogen vervollständigen

Öffnen und vervollständigen Sie anschließend den **Patient:innen-Basisbogen** analog. Schicken Sie den Bogen ab.

ANHANG: ANNOTIERTE CRFS, MAPPINGTABELLE

Erhebungsdatum T T M M J J	Geburtsjahr Patient J J J J	Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ anderes, und zwar:
---	--	---

Beginn SpA-typischer Beschwerden/Symptome ⓘ

MMJJ

Monat / Jahr

Erstdiagnose

☐ unbekannt

MMJJ

Monat / Jahr

Erstkontakt zum Rheumatologen

☐ unbekannt

MMJJ

Monat / Jahr

Krankenversicherung

☐ GKV ☐ PKV

Welche klinischen Zeichen einer axialen SpA (nach ASAS Klassifikationskriterien) lagen jemals vor? ⓘ

☐ Alter bei Erkrankungsbeginn < 45 Jahre ⓘ ☐ über mindestens 3 Monaten anhaltender Rückenschmerz ☐ entzündlicher Rückenschmerz ⓘ ☐ HLA B27 positiv ⓘ ☐ gutes Ansprechen auf NSAR ⓘ ☐ positive Familienanamnese ⓘ ☐ erhöhtes CRP ⓘ	☐ Arthritis ⓘ ☐ Enthesitis ⓘ ☐ Daktylitis ⓘ ☐ Uveitis anterior ⓘ ☐ Psoriasis ⓘ ☐ Chron. entzündliche Darmerkrankung ⓘ ☐ Nachweis einer Sakroilitis in der Bildgebung ⓘ ☐ MRT ☐ Röntgen
---	---

Welche Charakteristika treffen / trafen auf die Rückenschmerzen des Patienten zu?

☐ Morgensteifigkeit im Rücken mind. 30 min ☐ langsamer Beginn der Rückenschmerzen ☐ Besserung bei Bewegung ☐ keine Besserung bei Ruhe ☐ nächtliches Aufwachen wegen Rückenschmerzen insbesondere zweite Nachthälfte ☐ alternierender Gesäßschmerz ☐ keine dieser Charakteristika treffen zu	Aktuell entzündlicher Rückenschmerz vorhanden? ☐ ja ☐ nein ☐ unklar Lokalisation: ☐ Gesäß ☐ Lendenwirbelsäule ☐ Brustwirbelsäule ☐ Halswirbelsäule
---	---

Welche bildgebenden Verfahren wurden durchgeführt? Bitte die jeweils letzte Untersuchung angeben ⓘ

Röntgen/CT Sakroilakalgelenke ☐ nicht durchgeführt Grad der Sakroilitis ⓘ 0 1 2 3 4 links 0 1 2 3 4 rechts Untersuchung am: MMJJ Monat / Jahr	Röntgen/CT Wirbelsäule ☐ nicht durchgeführt Syndesmophyten / Ankylose ☐ ja ☐ nein Untersuchung am: MMJJ Monat / Jahr
MRT Sakroilakalgelenke ☐ nicht durchgeführt - aktive Entzündungen ⓘ ☐ ja ☐ nein Untersuchung am: MMJJ Monat / Jahr - chronische Veränderungen ⓘ ☐ ja ☐ nein	MRT Wirbelsäule ☐ nicht durchgeführt - aktive Entzündungen ⓘ ☐ ja ☐ nein Untersuchung am: MMJJ Monat / Jahr - chronische Veränderungen ⓘ ☐ ja ☐ nein

Wie aktiv ist die Krankheit aktuell (letzte 7 Tage)? (Globalurteil Arzt)

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

BASDAI ①

ASDAS-CRP ①

Größe

cm

Gewicht

kg

~~Taillenumfang ①~~

cm

~~Hüftumfang ①~~

cm

Labor (letzter Wert der letzten 3 Mon.)

CRP

mg / l

☐ negativ ☐ nicht durchgeführt

HLA-B27

☐ positiv ☐ negativ ☐ nicht durchgeführt

lumbale Lateralflexion ①

rechts

cm

links

cm

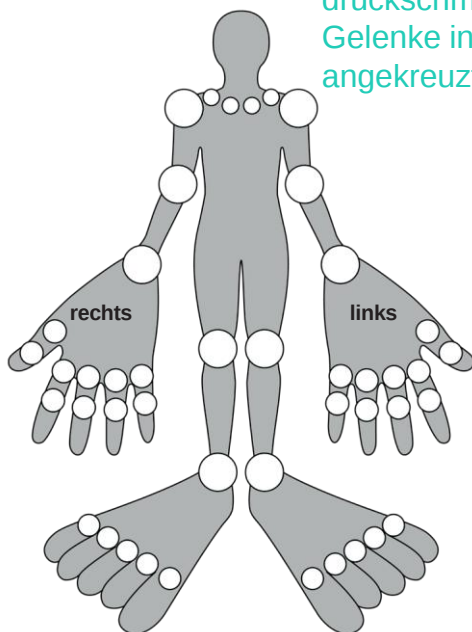
Schober-Maß ①

cm

☐ nicht durchgeführt

Arthritis

Geschwollene ODER
druckschmerzhaft
Gelenke in RheDat
angekreuzt



Falls Sie nichts angekreuzt haben:

☐ Keines dieser 44 Gelenke ist betroffen.

Enthesitis

M. supraspinatus-Ansatz

Epicondylus lateralis

Epicondylus medialis

Trochanter major

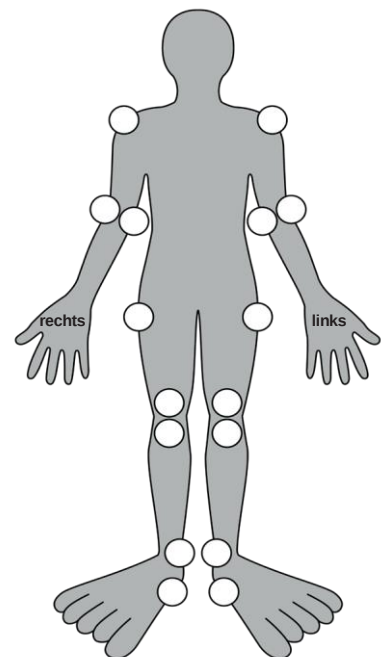
M. quadriceps-Ansatz

an Patella

Patellarsehnen-Ansatz

Achillessehnen-Ansatz

Plantarfaszien-Ansatz



Falls Sie nichts angekreuzt haben:

☐ Keiner dieser 16 Sehnenansatzpunkte ist betroffen.

Liegt aktuell eine Coxitis vor?

☐ ja ☐ nein ☐ unklar

Lokalisation:

☐ links ☐ rechts

Gelenkersatz (Hüfte/Knie) ☐ nein ☐ unbekannt									
Datum (Monat / Jahr)	Datum (Monat / Jahr)								
☐ Hüfte links <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"> <tr><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table>	M	M	J	J	☐ Hüfte rechts <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"> <tr><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table>	M	M	J	J
M	M	J	J						
M	M	J	J						
☐ Knie links <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"> <tr><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table>	M	M	J	J	☐ Knie rechts <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"> <tr><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table>	M	M	J	J
M	M	J	J						
M	M	J	J						

Impfungen	in den letzten 12 Monaten	vor mehr als 12 Monaten	nein	Impfstatus unbekannt
Pneumokokken	☐	☐	☐	☐
Influenza	☐	☐	☐	☐
Herpes Zoster	☐	☐	☐	☐
Covid-19	☐	☐	☐	☐

Extraartikuläre Manifestationen <u>jemals</u> vorhanden								
☐ ja ☐ nein ☐ unklar								
Wenn ja,	aktuell	letzte 6 Monate	früher	Beginn (Monat / Jahr)				
Uveitis anterior/Iritis	☐	☐	☐	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"><tr><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	M	M	J	J
M	M	J	J					
Psoriasis	☐	☐	☐	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"><tr><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	M	M	J	J
M	M	J	J					
Chron. entzündliche Darmerkrankungen	☐	☐	☐	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"><tr><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	M	M	J	J
M	M	J	J					
Art der CED (falls bekannt) ^① : bitte auswählen								

Komorbidität ^①	☐ nein	☐ ja	ja	Th ^①		ja	Th ^①				
arterielle Hypertonie	☐	☐	☐	☐	Hyperlipoproteinämie	☐	☐				
koronare Herzerkrankung	☐	☐	☐	☐	Chronische Virushepatitis (HBV, HCV)	☐	☐				
Herzinsuffizienz (NYHA-Grad: auswählen)	☐	☐	☐	☐	andere chronische Lebererkrankungen	☐	☐				
Kard. Erregungsleitungsstörung (z.B. AV-Block)	☐	☐	☐	☐	Ulcus duodeni/ventriculi	☐	☐				
Aortenklappeninsuffizienz	☐	☐	☐	☐	Zöliakie	☐	☐				
periphere arterielle Verschlusskrankheiten	☐	☐	☐	☐	latente (inaktive) Tuberkulose	☐	☐				
Z.n. Apoplex, TIA	☐	☐	☐	☐	Coxarthrose	☐	☐				
Demyelinisierende ZNS-Erkrankung	☐	☐	☐	☐	Gonarthrose	☐	☐				
Polyneuropathie	☐	☐	☐	☐	degenerative Wirbelsäulenerkrankung	☐	☐				
Diabetes mellitus Typ I	☐	☐	☐	☐	Osteoporose	☐	☐				
Diabetes mellitus Typ II	☐	☐	☐	☐	nichttraumatische Fraktur ☐ ja ☐ nein						
chronisch obstruktive Atemwegserkrankung	☐	☐	☐	☐	Sjögren-Syndrom	☐	☐				
Lungenfibrose	☐	☐	☐	☐	Rheumatoide Arthritis	☐	☐				
Asthma bronchiale	☐	☐	☐	☐	Fibromyalgie	☐	☐				
(Z.n.) maligne Neoplasie Erstdiagnose <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"><tr><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr></table> Jahr (4-stellig)	J	J	J	J	☐	☐	☐	☐	Migräne	☐	☐
J	J	J	J								
(Z.n.) Lymphom/Leukämie Erstdiagnose <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"><tr><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr></table> Jahr (4-stellig)	J	J	J	J	☐	☐	☐	☐	Depression	☐	☐
J	J	J	J								
IgA Nephropathie	☐	☐	☐	☐	andere psychische Erkrankung	☐	☐				
chronische Niereninsuffizienz	☐	☐	☐	☐	andere Begleiterkrankungen						
GFR (in ml/min)	☐ <30	☐ 30-59				☐	☐				
	☐ 60-89	☐ >90				☐	☐				

Einschlusstherapie ^① und laufende Therapie ^①

NSAR ^①

- ☐ derzeit keine derartige Therapie
☐ neue Therapie ☐ Dosiserhöhung ☐ laufende Therapie

	Tagesdosis ^① (in mg)	bisherige Tagesdosis bei Dosiserhöhung (in mg)	Beginn Therapie/ Beginn Dosiserhöhung ^① (Tag / Monat / Jahr)
☐ Einschlusstherapie bitte auswählen	?	Tage pro Woche ?	Tage pro Woche

Wenn Sie oben "Sonstiges" ausgewählt haben, dokumentieren Sie hier bitte den Namen der Substanz (bitte nur Substanzen, die nicht in der Liste erscheinen):

.....

Biologikum/Biosimilar ^①

- ☐ derzeit keine derartige Therapie

	Dosis (in mg)	Applikationsintervall ^①	Beginn ^① (Tag / Monat / Jahr)
☐ Einschlusstherapie bitte auswähle		bitte auswählen	

csDMARD

- ☐ derzeit keine derartige Therapie

	Dosis (in mg)	Applikationsintervall ^①	Beginn ^① (Tag / Monat / Jahr)
☐ Einschlusstherapie bitte...auswähle..	/	bitte auswählen	
☐ Einschlusstherapie bitte auswählen	/	bitte auswählen	

Wenn Sie oben "Sonstiges" ausgewählt haben, dokumentieren Sie hier bitte den Namen der Substanz (bitte nur Substanzen, die nicht in der Liste erscheinen):

.....

tsDMARD ^①

- ☐ derzeit keine derartige Therapie

	Dosis (in mg)	Beginn ^① (Tag / Monat / Jahr)
☐ Einschlusstherapie bitte auswählen	/	

EINGABEN PRÜFEN

Systemische Glukokortikoide ☐ nein ☐ unbekannt

Prednisolon-Äquivalenzdosis

- ☐ aktuell mg / d
- ☐ letzte 3 Monate mg / d

Lokale Injektionen von Glukokortikoiden

(innerhalb der letzten 3 Monate)

☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

- ☐ periphere Gelenke
- ☐ Sakroiliakalgelenke
- ☐ Enthesien

Sonstige Therapien ☐ nein ☐ unbekannt

	aktuell (letzte 7 Tage)	früher
Krankengymnastik	☐	☐
Manuelle Therapie	☐	☐
Massage	☐	☐
Analgetika (nicht Opioide) (z.B. Novaminsulfon, Paracetamol)	☐	☐
Analgetika (Opioide) (z.B. Tramadol, Tilidin)	☐	☐
Gastroprotektion (z.B. Protonenpumpenblocker, H2-Blocker, Misoprostol)	☐	☐

Beendete Therapien ^①

NSAR in den letzten 12 Monaten beendet ^① ☐ keine derartige Therapie in den letzten 12 Monaten beendet

bitte auswähle	Letzte Tagesdosis (in mg)	Tage pro Woche	Beginn (Monat / Jahr)	Ende (Monat / Jahr)	Abbruchgrund		
					ungenügende Verträglichkeit	ungenügende Wirksamkeit	sonstige Gründe
bitte auswähle		..2.....			☐	☐	☐
bitte auswähle		..2.....			☐	☐	☐
bitte auswähle		?.....			☐	☐	☐

Wenn Sie oben "Sonstiges" ausgewählt haben, dokumentieren Sie hier bitte den Namen der Substanz (bitte nur Substanzen, die nicht in der Liste erscheinen):

Biologika/Biosimilar in den letzten 12 Monaten beendet ^①

☐ keine derartige Therapie in den letzten 12 Monaten beendet

bitte..auswählen.....	Beginn (Monat / Jahr)	Ende (Letzte Gabe) (Monat / Jahr)	Abbruchgrund		
			ungenügende Verträglichkeit	ungenügende Wirksamkeit	sonstige Gründe
bitte..auswählen.....			☐	☐	☐
bitte..auswählen.....			☐	☐	☐
bitte..auswählen.....			☐	☐	☐

Wenn Sie oben "Sonstiges" ausgewählt haben, dokumentieren Sie hier bitte den Namen der Substanz (bitte nur Substanzen, die nicht in der Liste erscheinen):

Beendete Therapien ^①

csDMARD in den letzten 12 Monaten beendet ^①

☐ keine derartige Therapie in den letzten 12 Monaten beendet

	Beginn	Ende (Letzte Gabe)	Abbruchgrund		
	(Monat / Jahr)	(Monat / Jahr)	ungenügende Verträglichkeit	ungenügende Wirksamkeit	sonstige Gründe
bitte auswählen.....	M M J J	M M J J	☐	☐	☐
bitte auswählen.....	M M J J	M M J J	☐	☐	☐

Wenn Sie oben "Sonstiges" ausgewählt haben, dokumentieren Sie hier bitte den Namen der Substanz (bitte nur Substanzen, die nicht in der Liste erscheinen):

.....

tsDMARDs in den letzten 12 Monaten beendet ^①

☐ keine derartige Therapie in den letzten 12 Monaten beendet

	Beginn	Ende (Letzte Gabe)	Abbruchgrund		
	(Monat / Jahr)	(Monat / Jahr)	ungenügende Verträglichkeit	ungenügende Wirksamkeit	sonstige Gründe
bitte auswählen..	M M J J	M M J J	☐	☐	☐
bitte auswählen..	M M J J	M M J J	☐	☐	☐

Wenn Sie oben "Sonstiges" ausgewählt haben, dokumentieren Sie hier bitte den Namen der Substanz (bitte nur Substanzen, die nicht in der Liste erscheinen):

.....

Vor mehr als 12 Monaten beendete Therapien mit NSAR, Biologika/Biosimilars, csDMARDs, tsDMARDs

☐ unbekannt ☐ keine derartige Therapie vor mehr als 12 Monaten beendet

NSAR

bitte auswählen.....

bitte auswählen.....

bitte auswählen.....

bitte auswählen.....

csDMARD

bitte auswählen.....

bitte auswählen.....

bitte auswählen.....

bitte auswählen.....

Biologika / Biosimilar

bitte auswählen.....

bitte auswählen.....

bitte auswählen.....

bitte auswählen.....

tsDMARD

bitte auswählen.....

bitte auswählen.....

bitte auswählen.....

bitte auswählen.....

EINGABEN PRÜFEN



Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Wenn Sie Fragen oder Probleme haben beim Abschicken des Fragebogens, kontaktieren Sie uns:

per E-Mail: rabbit-spa@drfz.de

per Telefon: 030 / 28460-636

Bitte prüfen Sie Ihre Angaben und ergänzen bzw. korrigieren Sie diese.

Durch korrektes Ausfüllen verringern Sie die Notwendigkeit von späteren Nachfragen durch das DRFZ.

Fragebogen abschicken

Erhebungsdatum
Tag / Monat / Jahr

Wie aktiv ist die Krankheit aktuell (letzte 7 Tage)? (Globalurteil Arzt)

inaktiv hoch aktiv

Aktuell entzündlicher Rückenschmerz vorhanden?

☐ ja ☐ nein ☐ unklar

Lokalisation:

☐ Gesäß ☐ Lendenwirbelsäule
☐ Brustwirbelsäule ☐ Halswirbelsäule

Labor (aktuellster Wert bis vor max. 3 Monaten)

CRP mg / l

☐ negativ ☐ nicht durchgeführt

Arthritis

rechts links

Falls Sie nichts angekreuzt haben:
0 Keines dieser 44 Gelenke ist betroffen.

M. supraspinatus-Ansatz

Epicondylus lateralis
Epicondylus medialis

Trochanter major

M. quadriceps-Ansatz
an Patella
Patellarsehnen-Ansatz

Achillessehnen-Ansatz
Plantarfaszien-Ansatz

Enthesitis

rechts links

Falls Sie nichts angekreuzt haben:
0 Keiner dieser 16 Sehnenansatzpunkte ist betroffen.

Extraartikuläre Manifestationen seit der letzten Visite vorhanden

☐ ja ☐ nein ☐ unklar

Wenn ja,	unverändert	neu aufgetreten (bitte auch UE dokumentieren)
Uveitis anterior/Iritis	☐	☐
Psoriasis	☐	☐
Chron. entzündliche Darmerkrankungen	☐	☐
Art der CED (falls bekannt) ⓘ:bitte auswählen		

Aktuell laufende und beendete Therapien

NSAR ^①

☐ derzeit keine derartige Therapie

Therapie neu bereits dokumentiert	Medikament	Dosis (in mg)	Applikations- intervall	Beginn (Tag / Monat / Jahr)	Ende ^① (Tag / Monat / Jahr)
☐ bitte..auswä	bitte..auswähle		auswähl Tage pro Woche		
☐ bitte..auswä	bitte..auswähle		auswähl Tage pro Woche		
☐ bitte..auswä	bitte..auswähle		auswähl Tage pro Woche		
☐ bitte..auswä	bitte..auswähle		auswähl Tage pro Woche		

Wenn Sie oben "Sonstiges" ausgewählt haben, dokumentieren Sie hier bitte den Namen der Substanz (bitte nur Substanzen, die nicht in der Liste erscheinen):

Biologikum / Biosimilar

☐ derzeit keine derartige Therapie

Therapie neu bereits dokumentiert	Medikament	Dosis (in mg)	Applikations- intervall ^①	Beginn (Tag / Monat / Jahr)	Ende ^① (Tag / Monat / Jahr)
☐ bitte..auswä	bitte..auswähle		auswähl Tage pro Woche		
☐ bitte..auswä	bitte..auswähle		auswähl Tage pro Woche		
☐ bitte..auswä	bitte..auswähle		auswähl Tage pro Woche		
☐ bitte..auswä	bitte..auswähle		auswähl Tage pro Woche		

Wenn Sie oben "Sonstiges" ausgewählt haben, dokumentieren Sie hier bitte den Namen der Substanz (bitte nur Substanzen, die nicht in der Liste erscheinen):

csDMARD

☐ derzeit keine derartige Therapie

Therapie neu bereits dokumentiert	Medikament	Dosis (in mg)	Applikations- intervall	Beginn (Tag / Monat / Jahr)	Ende ^① (Tag / Monat / Jahr)
☐ bitte..auswä	bitte..auswähle		auswähl Tage pro Woche		
☐ bitte..auswä	bitte..auswähle		auswähl Tage pro Woche		
☐ bitte..auswä	bitte..auswähle		auswähl Tage pro Woche		
☐ bitte..auswä	bitte..auswähle		auswähl Tage pro Woche		

Wenn Sie oben "Sonstiges" ausgewählt haben, dokumentieren Sie hier bitte den Namen der Substanz (bitte nur Substanzen, die nicht in der Liste erscheinen):

EINGABEN PRÜFEN

Aktuell laufende und beendete Therapien

tsDMARD

☐ derzeit keine derartige Therapie

Therapie neu bereits dokumentiert	Medikament	Dosis (in mg)	Applikations- intervall	Beginn (Tag / Monat / Jahr)	Ende ① (Letzte Gabe) (Tag / Monat / Jahr)
☐ bitte..auswä	bitte..auswählen		bitte..ausw		
☐ bitte..auswä	bitte..auswählen		bitte..ausw		
☐ bitte..auswä	bitte..auswählen		bitte..ausw		
☐ bitte..auswä	bitte..auswählen		bitte..ausw		

Wenn Sie oben "Sonstiges" ausgewählt haben, dokumentieren Sie hier bitte den Namen der Substanz (bitte nur Substanzen, die nicht in der Liste erscheinen):

Systemische Glukokortikoide

☐ nein ☐ unbekannt

Prednisolon-Äquivalenzdosis

☐ aktuell mg / d

☐ letzte 3 Monate mg / d

Lokale Injektionen von

Glukokortikoiden

(innerhalb der letzten 3 Monate) ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

- ☐ periphere Gelenke
- ☐ Sakroiliakalgelenke
- ☐ Enthesien

Sonstige Therapien

☐ nein ☐ unbekannt

	seit der letzten Visite
Krankengymnastik	☐
Manuelle Therapie	☐
Massage	☐
Analgetika (nicht Opioide) (z.B. Novaminsulfon, Paracetamol)	☐
Analgetika (Opioide) (z.B. Tramadol, Tilidin)	☐
Gastroprotektion (z.B. Protonenpumpenblocker, H2-Blocker, Misoprostol)	☐

EINGABEN PRÜFEN

Bei Ende einer Therapie geben Sie bitte den Grund an

(Hinweis: Dosisänderungen bitte oben (Seite 2) dokumentieren. Dies ist kein Abbruchgrund!)

Medikament	Unerwünschtes Ereignis	Wirkver-sagen	Remission	Non-Compliance	Kinder-wunsch	Schwanger-schaft	Sonstiges
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bitte auswählen							



Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

*Wenn Sie Fragen oder Probleme haben beim Abschicken des
Fragebogens, kontaktieren Sie uns:
per E-Mail: rabbit-spa@drfz.de
per Telefon: 030 / 28460-636*

**Bitte prüfen Sie Ihre Angaben und ergänzen bzw.
korrigieren Sie diese.**

Durch korrektes Ausfüllen verringern Sie die Notwendigkeit von
späteren Nachfragen durch das DRFZ.

Formular prüfen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank, dass Sie an der Rheuma- und Schmerzambulanz einen wichtigen Beitrag dazu leisten, dass die wissenschaftlichen Erkenntnisse in der Rheumatologie in die Versorgung der Patienten einfließen können. 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.

Musterbogen, alles türkis eingerahmte kann aus RheDAT übertragen werden

Bitte geben Sie einen Wert an, den Sie wählen werden zu

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 im Durchschnitt in den vergangenen 7 Tagen?

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

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

BASDAI - Wie ist es Ihnen in den letzten 7 Tagen ergangen? ①

1. Wie würden Sie Ihre allgemeine Müdigkeit und Erschöpfung beschreiben?

keine Müdigkeit/ Erschöpfung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr starke Müdigkeit/ Erschöpfung

2. Wie stark waren Ihre Schmerzen in Nacken, Rücken oder Hüfte?

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

3. Wie stark waren Ihre Schmerzen oder Schwellungen in anderen Gelenken?

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

4. Wie unangenehm waren für Sie besonders berührungs- oder druckempfindliche Körperstellen?

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

5. Wie ausgeprägt war Ihre Morgensteifigkeit nach dem Aufwachen?

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

6. Wie lange dauerte diese Morgensteifigkeit im Allgemeinen?

in Stunden 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
0 Std. 1 Std. 2 Std. oder länger

BASFI ①

Kreuzen Sie bitte an, wie gut Sie während der letzten Woche die jeweiligen Tätigkeiten allein, also **ohne fremde Hilfe oder Hilfsmittel** ausführen konnten. Entscheiden Sie sich **bitte für eine Zahl** als Angabe für die durchschnittliche Schwierigkeit, die Sie mit der Tätigkeit hatten.

1. Ohne Hilfe und Hilfsmittel (z.B. Strumpfanzieher) Socken oder Strümpfe anziehen

einfach unmöglich

2. Ohne Hilfe von der Hüfte aus nach vorn beugen, um einen Kugelschreiber vom Boden aufzuheben

einfach unmöglich

3. Ohne Hilfe (z.B. Greifzange) etwas von einem hohen Regal herunternehmen

einfach unmöglich

4. Von einem Stuhl ohne Armlehne aufstehen, ohne dabei die Hände oder andere Hilfe zu benutzen

einfach unmöglich

5. Ohne Hilfe vom Boden aufstehen, wenn Sie auf dem Rücken liegen

einfach unmöglich

6. Ohne Beschwerden 10 Minuten stehen, ohne sich anzulehnen

einfach unmöglich

7. 12 bis 15 Treppenstufen steigen ohne Benutzung des Geländers oder von Gehhilfen. Ein Schritt pro Stufe

einfach unmöglich

8. Über die Schulter sehen, ohne den Oberkörper zu drehen

einfach unmöglich

9. Körperlich anstrengende Tätigkeiten verrichten (z.B. krankengymnastische Übungen, Gartenarbeit oder Sport)

einfach unmöglich

10. Zu Hause oder bei der Arbeit den ganzen Tag aktiv sein

einfach unmöglich

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.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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:

In RheDat nur „Ja“, „Früher“ und „Nie“

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
☒ ~~Politechnische 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 %
☐ Hausfrau/Hausmann
☐ in Ausbildung oder Umschulung
☐ arbeitslos
☐ berentet

In RheDat „Sonstiges“**In RheDat****Wenn Sie berentet bzw. im Ruhestand sind, sind Sie:****„Vorruhestand“ / „altershalber“ nicht getrennt**

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

(bitte Jahresangabe)
 (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 ...**

Bitte entscheiden Sie sich für die am ehesten zutreffende Antwort.

- 0 vorwiegend geistig tätig. 0 vorwiegend körperlich tätig. 0 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

ASAS-HI

Bitte beantworten Sie alle Aussagen, indem Sie jeweils die Aussage markieren, die zum jetzigen Zeitpunkt auf Ihre Rheumaerkrankung am ehesten zutrifft. (Der Ausdruck "Rheumaerkrankung" umfasst sämtliche Erkrankungen aus dem Bereich Spondyloarthritis.)

	Ich stimme zu.	Ich stimme nicht zu.	Nicht zutreffend bzw. ich möchte nicht antworten.
1. Manchmal muss ich alltägliche Aktivitäten wegen meiner Schmerzen unterbrechen.	☐	☐	
2. Es fällt mir schwer, lange zu stehen.	☐	☐	
3. Es fällt mir schwer, schnell zu laufen.	☐	☐	
4. Es fällt mir schwer, die Toilette zu benutzen.	☐	☐	
5. Ich bin oft erschöpft.	☐	☐	
6. Ich versuche, körperliche Anstrengungen zu vermeiden.	☐	☐	
7. Ich habe das Interesse an Sex verloren.	☐	☐	☐
8. Ich habe Schwierigkeiten, die Pedale in meinem Auto zu bedienen.	☐	☐	☐
	Ich stimme zu.	Ich stimme nicht zu.	
9. Es fällt mir schwer, zu anderen Menschen Kontakt aufzunehmen.	☐	☐	
10. Ich bin nicht in der Lage, im Freien auf ebenem Gelände zu gehen.	☐	☐	
11. Es fällt mir schwer, mich zu konzentrieren.	☐	☐	
12. Ich bin durch meine eingeschränkte Beweglichkeit beim Reisen beeinträchtigt.	☐	☐	
13. Ich bin oft frustriert.	☐	☐	
14. Es fällt mir schwer, meine Haare zu waschen.	☐	☐	
15. Ich habe aufgrund meiner Rheumaerkrankung finanzielle Einbußen erlitten.	☐	☐	
16. Ich schlafe nachts schlecht.	☐	☐	
17. Ich kann meine Probleme nicht bewältigen.	☐	☐	

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 vom Rheumatologen verordneten Medikamente in den letzten 4 Wochen eingenommen?

☐ 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)				
bitte eintragen.....	☐	☐	☐	☐
bitte eintragen.....	☐	☐	☐	☐
Biologikum / Biosimilar				
bitte eintragen.....	☐	☐	☐	☐
Basistherapeutika (csDMARD, tsDMARD)				
bitte eintragen.....	☐	☐	☐	☐
bitte eintragen.....	☐	☐	☐	☐
bitte eintragen.....	☐	☐	☐	☐
bitte eintragen.....	☐	☐	☐	☐

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 in einer der beiden Patientenorganisationen?

☒ DVM ☐ Rheuma-Liga ☐ andere ☐ nein

Eingaben prüfen

Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens!

Erhebungsdatum		Geburtsjahr Patient		Geschlecht	☐ weiblich ☐ männlich ☐ Anderes, und zwar: _____
Beginn typischer Beschwerden/Symptome ⓘ Haut ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Monat /Jahr Gelenke ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Monat /Jahr		Erstdiagnose Haut ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Monat /Jahr ☐ ☐ unbekannt Gelenke ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Monat /Jahr ☐ ☐ unbekannt		Krankenversicherung ☐ ☐ GKV ☐ ☐ KKV Erstkontakt zum Rheumatologen ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Monat /Jahr ☐ ☐ unbekannt	

CASPAR-Klassifikationskriterien

Entzündliche Erkrankung des Bewegungsapparates ⓘ ☐ ☐ Gelenke ☐ ☐ Wirbelsäule ☐ ☐ Sehnen/Sehnenansätze Klassifikationskriterien ☐ ☐ aktuell bestehende Psoriasis ☐ ☐ anamnestisch bekannte Psoriasis ☐ ☐ Psoriasis in der Familienanamnese ⓘ ☐ ☐ Psoriatische Nagelbeteiligung ⓘ ☐ ☐ Rheumafaktor negativ ☐ ☐ bestehende Daktylitis ☐ ☐ anamnestisch bekannte Daktylitis ⓘ ☐ ☐ radiologische Zeichen einer gelenknahen Knochenneubildung ⓘ	Klinisch vorherrschender Befallstyp: ☐ ☐ dominant axial ☐ ☐ DIP-Arthritis ☐ ☐ dominant peripher ☐ ☐ Arthritis mutilans ☐ ☐ Oligoarthritis ☐ ☐ Polyarthritis
	Daktylitis ⓘ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Schweregrad ☐ ☐ leicht ☐ ☐ mittel ☐ ☐ schwer
	Axialer Befall? ⓘ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ nein
	Nagelpsoriasis? ⓘ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ nein

Welche bildgebenden Verfahren wurden durchgeführt? Bitte die jeweils letzte Untersuchung angeben

Radiologische Veränderungen durch die PsA an Händen oder Füßen ⓘ ☐ ☐ nicht durchgeführt ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Wenn ja, Osteoproliferation? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Untersuchung am: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Monat/Jahr	MRT/Sonografie der Enthesien ⓘ ☐ ☐ nicht durchgeführt Enthesitis nachweisbar? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Untersuchung am: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Monat/Jahr
Röntgen/CT Sakroiliakalgelenke ☐ ☐ nicht durchgeführt Grad der Sakroiliitis ⓘ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 0 1 2 3 4 links ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 0 1 2 3 4 rechts ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Untersuchung am: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Monat/Jahr	Röntgen/CT Wirbelsäule ☐ ☐ nicht durchgeführt Syndesmophyten / Ankylose ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Untersuchung am: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Monat/Jahr
MRT Sakroiliakalgelenke ☐ ☐ nicht durchgeführt aktive Entzündungen ⓘ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Untersuchung am: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Monat/Jahr chronische Veränderungen ⓘ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Untersuchung am: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Monat/Jahr	MRT Wirbelsäule ☐ ☐ nicht durchgeführt aktive Entzündungen ⓘ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Untersuchung am: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Monat/Jahr chronische Veränderungen ⓘ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Untersuchung am: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Monat/Jahr

Wie aktiv ist die Krankheit aktuell (letzte 7 Tage)? (Globalurteil Arzt)

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

DAPSA ①

Größe

cm

Tailienumfang ①

cm

DAS28-CRP ①

Gewicht

kg

Hüftumfang ①

cm

HLA-B27

☐ positiv

☐ negativ

☐ nicht durchgeführt

RF

☐ positiv

☐ negativ

☐ nicht durchgeführt

ACPA

☐ positiv

☐ negativ

☐ nicht durchgeführt

Labor (letzter Wert der letzten 3 Mon.)

CRP mg / l

☐ negativ

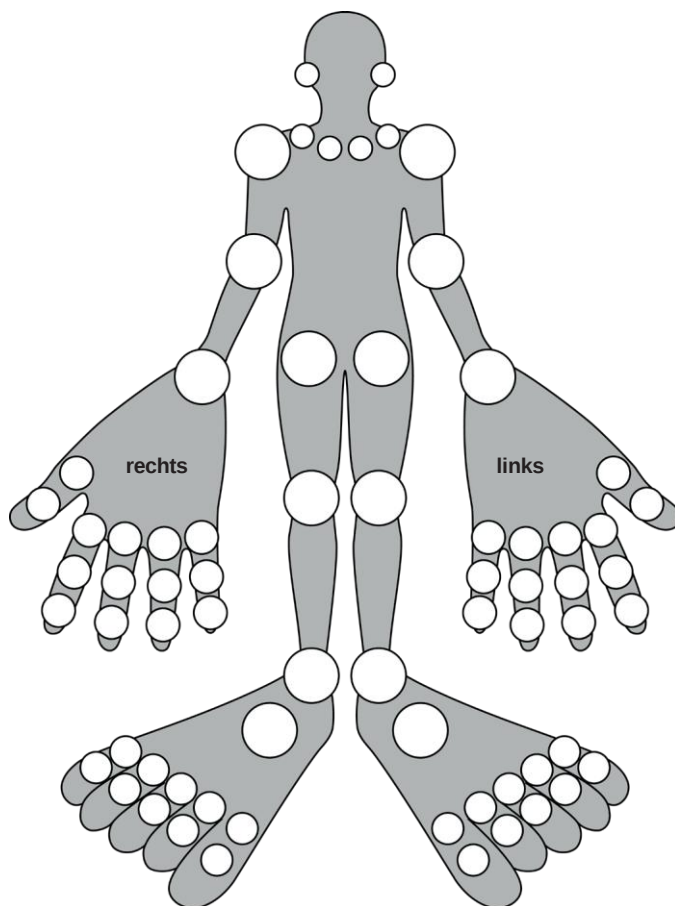
☐ nicht durchgeführt

BSG mm/1.h

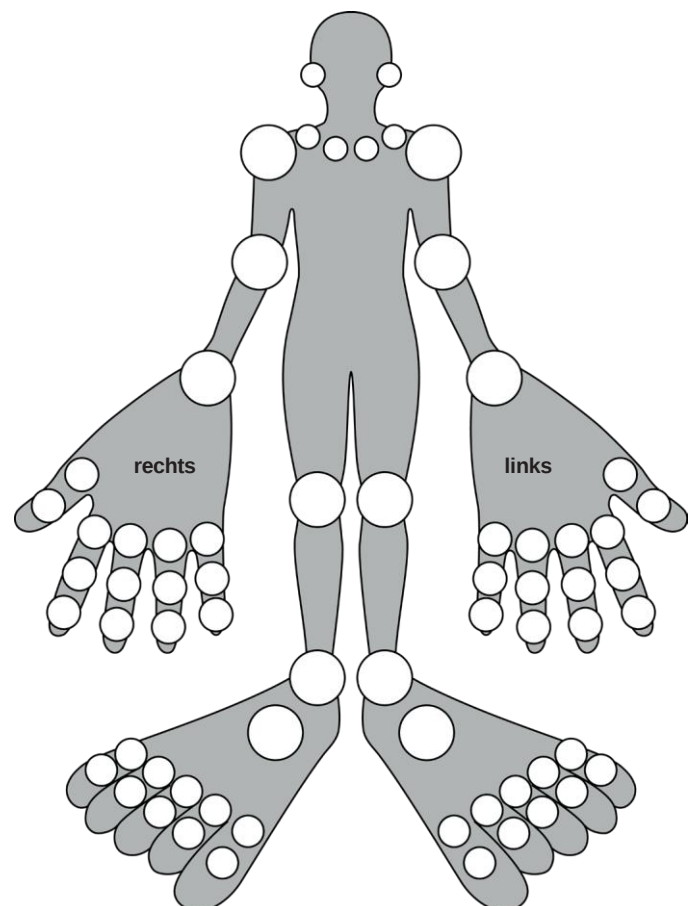
Wenn CRP beim Abschicken noch nicht vorliegt, über automatische Query nachgeliefert!

Druckschmerzhaft / geschwollene Gelenke

druckschmerzhaft



geschwollen



Falls Sie nichts angekreuzt haben:

☐ Keines dieser 68 Gelenke ist druckschmerzhaft

Falls Sie nichts angekreuzt haben:

☐ Keines dieser 66 Gelenke ist geschwollen



Enthesitis

M. supraspinatus-Ansatz

Epicondylus lateralis

Epicondylus medialis

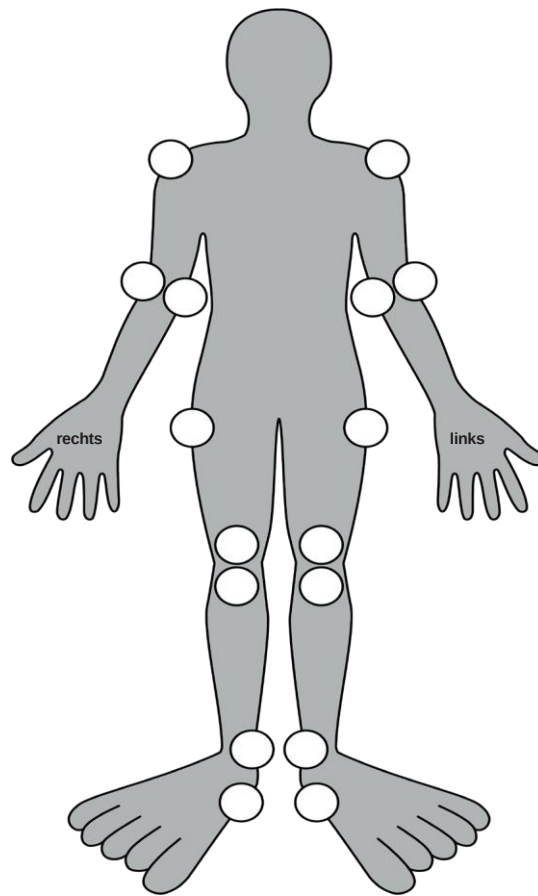
Trochanter major

M. quadriceps-Ansatz
an Patella

Patellarsehnen-Ansatz

Achillessehnen-Ansatz

Plantarfaszien-Ansatz



Falls Sie nichts angekreuzt haben:

☒ Keiner dieser 16 Sehnenansatzpunkte ist betroffen.

Wie hoch ist der Prozentsatz der von der Psoriasis befallenen Körperoberfläche? ①

ca. % der Körperoberfläche

EINGABEN PRÜFEN

Impfungen	in den letzten 12 Monaten	vor mehr als 12 Monaten	nein	Impfstatus unbekannt
Pneumokokken	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
Influenza	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
Herpes Zoster	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
Covid-19	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐

Komorbidität ^①	☐ ja ☒ nein	Th ^①	☐ ja ☒ nein
arterielle Hypertonie	☐ ja ☒ nein	☐ ja ☒ nein	Hyperlipoproteinämie
koronare Herzerkrankung	☐ ja ☒ nein	☐ ja ☒ nein	Chronische Virushepatitis (HBV, HCV)
Herzinsuffizienz (NYHA-Grad: 1-2-3-4)	☐ ja ☒ nein	☐ ja ☒ nein	andere chronische Lebererkrankungen
Kard. Erregungsleitungsstörung (z.B. AV-Block)	☐ ja ☒ nein	☐ ja ☒ nein	Ulcus duodeni/ventriculi
Aortenklappeninsuffizienz	☐ ja ☒ nein	☐ ja ☒ nein	Zöliakie
periphere arterielle Verschlusskrankheiten	☐ ja ☒ nein	☐ ja ☒ nein	latente (inaktive) Tuberkulose
Z.n. Apoplex, TIA	☐ ja ☒ nein	☐ ja ☒ nein	Coxarthrose
Demyelinisierende ZNS-Erkrankung	☐ ja ☒ nein	☐ ja ☒ nein	Gonarthrose
Polyneuropathie	☐ ja ☒ nein	☐ ja ☒ nein	degenerative Wirbelsäulenerkrankung
Diabetes mellitus Typ I	☐ ja ☒ nein	☐ ja ☒ nein	Osteoporose
Diabetes mellitus Typ II	☐ ja ☒ nein	☐ ja ☒ nein	nichttraumatische Fraktur ☐ ja ☒ nein
chronisch obstruktive Atemwegserkrankung	☐ ja ☒ nein	☐ ja ☒ nein	Sjögren-Syndrom
Lungenfibrose	☐ ja ☒ nein	☐ ja ☒ nein	Rheumatoide Arthritis
Asthma bronchiale	☐ ja ☒ nein	☐ ja ☒ nein	Fibromyalgie
(Z.n.) maligne Neoplasie Erstdiagnose Jahr (4-stellig)	☐ ja ☒ nein	☐ ja ☒ nein	Migräne
(Z.n.) Lymphom/Leukämie Erstdiagnose Jahr (4-stellig)	☐ ja ☒ nein	☐ ja ☒ nein	Depression
IgA Nephropathie	☐ ja ☒ nein	☐ ja ☒ nein	andere psychische Erkrankung
chronische Niereninsuffizienz GFR (in ml/min) 	☐ ja ☒ nein	☐ ja ☒ nein	andere Begleiterkrankungen

auswählen.....

Systemische Glukokortikoide	
ein	unbekannt
Prednisolon-Äquivalenzdosis	
aktuell	mg / d
letzte 3 Monate	mg / d

Glukokortikoiden **A**₁**A**₂ **A**₁**A**₂ein **A**₁**A**₂nbekannt

- ☒ ~~A~~ periphere Gelenke
- ☒ ~~A~~ Sakroiliakalgelenke
- ☒ ~~A~~ Enthesien
- ☒ ~~A~~ Daktylitis

Topische Therapie

bitte auswählen.....

bitte auswählen.....

bitte auswählen.....

bitte auswählen.....

bitte auswählen.....

bitte auswählen.....

bitte auswählen.....

bitte auswählen.....

Sonstige Therapien		
	AA ja nein	AA ja nein b bekannt
	aktuell (letzte 7 Tage)	früher
Krankengymnastik	AA ja nein	AA ja nein
Manuelle Therapie	AA ja nein	AA ja nein
Massage	AA ja nein	AA ja nein
Analgetika (nicht Opioide) (z.B. Novaminsulfon, Paracetamol)	AA ja nein	AA ja nein
Analgetika (Opioide) (z.B. Tramadol, Tillidin)	AA ja nein	AA ja nein
Gastroprotektion (z.B. Protonenpumpenblocker, H2-Blocker, Misoprostol)	AA ja nein	AA ja nein

EINGABEN PRÜFEN

Beendete Therapien ^①

NSAR in den letzten 12 Monaten beendet ^①

Letzte Tagesdosis		Beginn (Monat / Jahr)	Ende (Monat / Jahr)	Abbruchgrund		
(in mg)	Tage pro Woche			ungenügende Verträglichkeit	ungenügende Wirksamkeit	sonstige Gründe
bitte auswähle		?.....		☐ ☐ A	☐ ☐ A	☐ ☐ A
verschrieben für: auswählen.....						
bitte auswähle ?.....				☐ ☐ A	☐ ☐ A	☐ ☐ A
verschrieben für: auswählen.....						
bitte auswähle		?.....		☐ ☐ A	☐ ☐ A	☐ ☐ A
verschrieben für: auswählen.....						

Wenn Sie oben "Sonstiges" ausgewählt haben, dokumentieren Sie hier bitte den Namen der Substanz (bitte nur Substanzen, die nicht in der Liste erscheinen):

.....

☐ ☐ Keine derartige Therapie in den letzten 12 Monaten beendet

Biologika/Biosimilar in den letzten 12 Monaten beendet ^①

	Beginn	Ende (Letzte Gabe)	Abbruchgrund		
	(Monat / Jahr)	(Monat / Jahr)	ungenügende Verträglichkeit	ungenügende Wirksamkeit	sonstige Gründe
bitte auswählen			☐ ☐ A	☐ ☐ A	☐ ☐ A
verschrieben für: auswählen.....					
bitte auswählen			☐ ☐ A	☐ ☐ A	☐ ☐ A
verschrieben für: auswählen.....					
bitte auswählen			☐ ☐ A	☐ ☐ A	☐ ☐ A
verschrieben für: auswählen.....					

Wenn Sie oben "Sonstiges" ausgewählt haben, dokumentieren Sie hier bitte den Namen der Substanz (bitte nur Substanzen, die nicht in der Liste erscheinen):

.....

☐ ☐ Keine derartige Therapie in den letzten 12 Monaten beendet

EINGABEN PRÜFEN



csDMARDs / andere systemische Therapien in den letzten 12 Monaten beendet ^①

	Beginn	Ende	Abbruchgrund		
	(Monat / Jahr)	(Letze Gabe) (Monat / Jahr)	ungenügende Verträglichkeit	ungenügende Wirksamkeit	sonstige Gründe
b.i.t.t.e...a.u.s.w.ä.h.l.e.n...			☐ ☐ A	☐ ☐ A	☐ ☐ A
verschrieben für: auswählen.....					
b.i.t.t.e...a.u.s.w.ä.h.l.e.n...	M M J J	M M J J	☐ ☐ A	☐ ☐ A	☐ ☐ A
verschrieben für: auswählen.....					
b.i.t.t.e...a.u.s.w.ä.h.l.e.n...			☐ ☐ A	☐ ☐ A	☐ ☐ A
verschrieben für: auswählen.....					
b.i.t.t.e...a.u.s.w.ä.h.l.e.n...	M M J J	M M J J	☐ ☐ A	☐ ☐ A	☐ ☐ A
verschrieben für: auswählen.....					
Wenn Sie oben "Sonstiges" ausgewählt haben, dokumentieren Sie hier bitte den Namen der Substanz (bitte nur Substanzen, die <u>nicht in der Liste</u> erscheinen):					
☐ ☐ A Keine derartige Therapie in den letzten 12 Monaten beendet					

tsDMARDs in den letzten 12 Monaten beendet ^①

	Beginn	Ende	Abbruchgrund		
	(Monat / Jahr)	(Letze Gabe) (Monat / Jahr)	ungenügende Verträglichkeit	ungenügende Wirksamkeit	sonstige Gründe
b i t t e a u s w ä h l e n			☐ ☐ A	☐ ☐ A	☐ ☐ A
verschrieben für: auswählen.....					
b i t t e a u s w ä h l e n	M M J J	M M J J	☐ ☐ A	☐ ☐ A	☐ ☐ A
verschrieben für: auswählen.....					
Wenn Sie oben "Sonstiges" ausgewählt haben, dokumentieren Sie hier bitte den Namen der Substanz (bitte nur Substanzen, die <u>nicht in der Liste</u> erscheinen):					
☐ ☐ A Keine derartige Therapie in den letzten 12 Monaten beendet					

EINGABEN PRÜFEN

Topische Therapien/Lichttherapien in den letzten 12 Monaten beendet ^①

	Beginn (Monat / Jahr)	Ende (Letze Gabe) (Monat / Jahr)	Abbruchgrund		
			ungenügende Verträglichkeit	ungenügende Wirksamkeit	sonstige Gründe
b.i.t.t.e...a.u.s.w.ä.h.l.e.n...			☐ ☐ A	☐ ☐ A	☐ ☐ A
verschrieben für: .auswählen.....					
b.i.t.t.e...a.u.s.w.ä.h.l.e.n...	M M J J	M M J J	☐ ☐ A	☐ ☐ A	☐ ☐ A
verschrieben für: .auswählen.....					

☐ ☐ A keine derartige Therapie in den letzten 12 Monaten beendet

Vor mehr als 12 Monaten beendete Therapien mit NSAR, Biologika/Biosimilars, csDMARDs, tsDMARDs/andere systemische Therapien

☐ ☐ A Unbekannt ☐ ☐ A keine derartige Therapie vor mehr als 12 Monaten beendet

NSAR

bitte auswählen
.....
bitte auswählen
.....
bitte auswählen
.....
bitte auswählen
.....

Biologika / Biosimilar

bitte auswählen
.....
bitte auswählen
.....
bitte auswählen
.....
bitte auswählen
.....

csDMARD / andere systemische Therapien

bitte auswählen
.....
bitte auswählen
.....
bitte auswählen
.....
bitte auswählen
.....

tsDMARD

bitte auswählen
.....
bitte auswählen
.....
bitte auswählen
.....
bitte auswählen
.....

Vor mehr als 12 Monaten beendete Topische Therapien/Lichttherapien

☐ ☐ A Unbekannt ☐ ☐ A keine derartige Therapie vor mehr als 12 Monaten beendet

Topische Therapien

bitte auswählen
.....
bitte auswählen
.....
bitte auswählen
.....
bitte auswählen
.....
bitte auswählen
.....

Lichttherapien

bitte auswählen
.....
bitte auswählen
.....
bitte auswählen
.....
bitte auswählen
.....
bitte auswählen
.....

EINGABEN PRÜFEN



Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

*Wenn Sie Fragen oder Probleme haben beim Abschicken des Fragebogens, kontaktieren Sie uns:
per E-Mail: rabbit-spa@drfz.de
per Telefon: 030 / 28460-636*

Bitte prüfen Sie ihre Angaben und ergänzen bzw. korrigieren Sie diese.

Durch korrektes Ausfüllen verringern Sie die Notwendigkeit von späteren Nachfragen durch das DRFZ.

Fragebogen abschicken



Erhebungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 Tag / Monat / Jahr

Wie aktiv ist die Krankheit aktuell (letzte 7 Tage)? (Globalurteil Arzt)

insgesamt	inaktiv	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	hoch aktiv
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
Haut	inaktiv	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	hoch aktiv
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
Gelenke	inaktiv	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	hoch aktiv
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				

Labor (letzter Wert der letzten 3 Monate)

CRP

--	--	--	--	--

 mg/l
 0 negativ 0 nicht durchgeführt

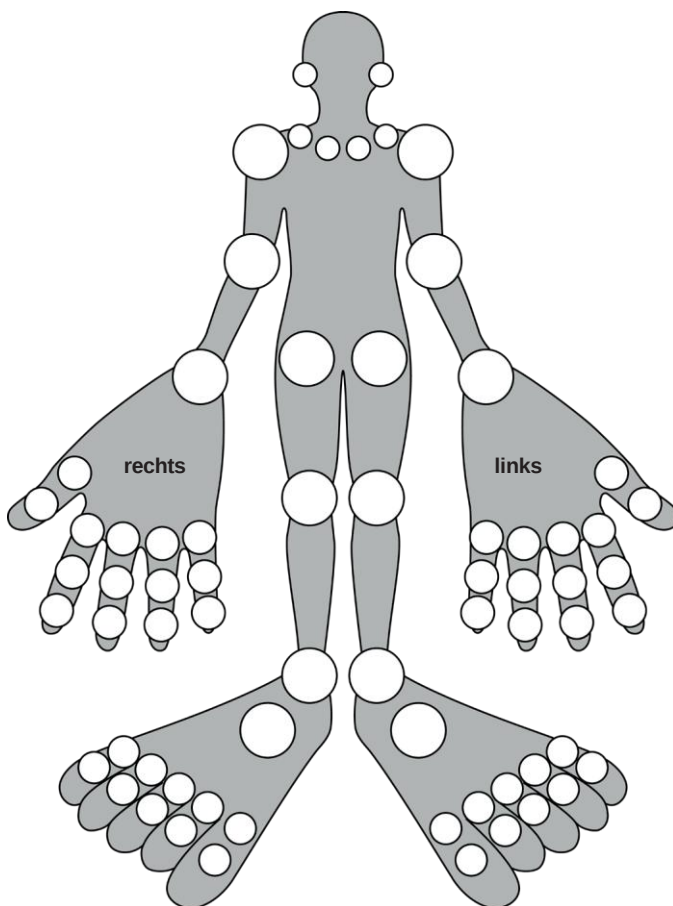
BSG

--	--	--	--	--

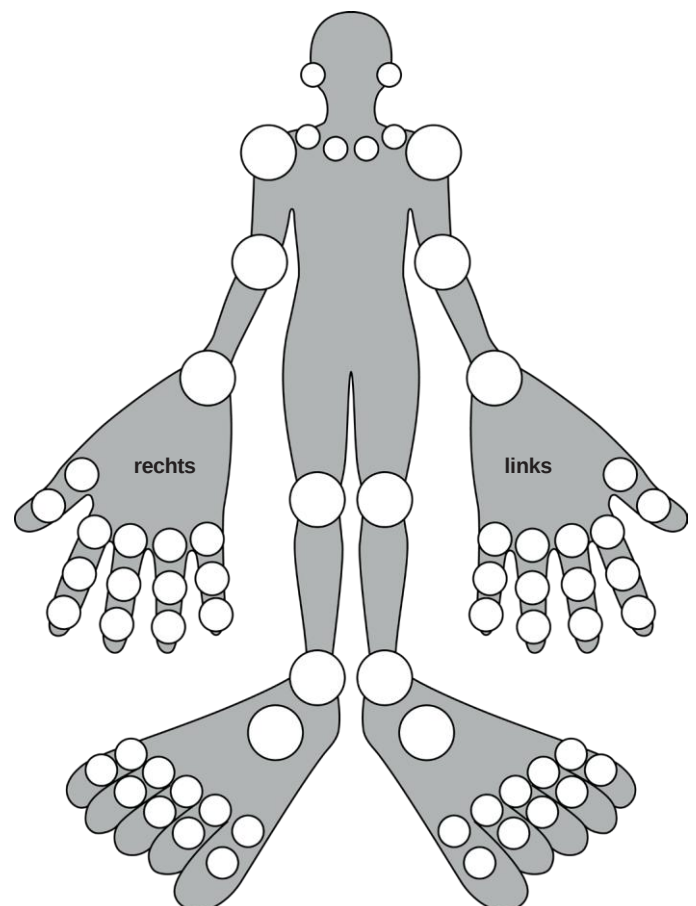
 mm/ 1. h

Druckschmerzhaft / geschwollene Gelenke

druckschmerzhaft



geschwollen



Falls Sie nichts angekreuzt haben:

0 keines dieser 68 Gelenke ist
 druckschmerzhaft

Falls Sie nichts angekreuzt haben:

0 keines dieser 66 Gelenke ist
 geschwollen

Enthesitis

M. supraspinatus-Ansatz

Epicondylus lateralis

Epicondylus medialis

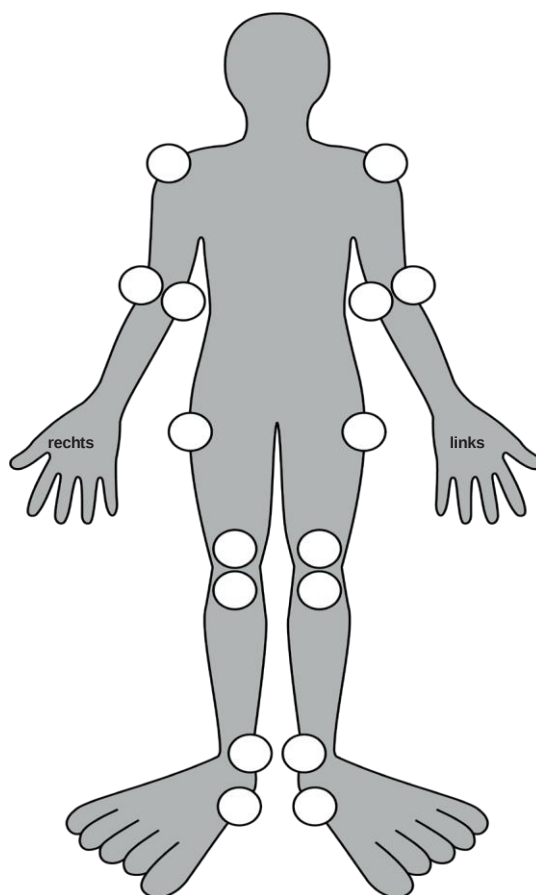
Trochanter major

M. quadriceps-Ansatz
an Patella

Patellarsehnen-Ansatz

Achillessehnen-Ansatz

Plantarfaszien-Ansatz



Falls Sie nichts angekreuzt haben:

☐ Keiner dieser 16 Sehnenansatzpunkte ist betroffen.

Wie hoch ist der Prozentsatz der von der Psoriasis befallenen Körperoberfläche? ^①

ca. % der Körperoberfläche

Extraartikuläre Manifestationen in den letzten 6 Monaten vorhanden

☐ ja ☐ nein ☐ unklar

Wenn ja,	unverändert	neu aufgetreten (bitte auch UE dokumentieren)
Uveitis anterior/Iritis	☐	☐
Chron. entzündliche Darmerkrankungen	☐	☐
Art der CED (falls bekannt) ^① : bitte auswählen		

EINGABEN PRÜFEN

Aktuell laufende und beendete Therapien

NSAR ①

0 derzeit keine derartige Therapie

Therapie neu bereits dokumentiert	Medikament	Dosis (in mg)	Applikations- intervall	Beginn (Tag / Monat / Jahr)	Ende ① (Tag / Monat / Jahr)
☐ bitte auswä	bitte auswählen		auswä Tage pro Woche		
☐ bitte auswä	bitte auswählen		auswä Tage pro Woche		
☐ bitte auswä	bitte auswählen		auswä Tage pro Woche		
☐ bitte auswä	bitte auswählen		auswä Tage pro Woche		

Wenn Sie oben "Sonstiges" ausgewählt haben, dokumentieren Sie hier bitte den Namen der Substanz (bitte nur Substanzen, die nicht in der Liste erscheinen):

Biologikum / Biosimilar

0 derzeit keine derartige Therapie

Therapie neu bereits dokumentiert	Medikament	Dosis (in mg)	Applikations- intervall ①	Beginn (Tag / Monat / Jahr)	Ende ① (Tag / Monat / Jahr)
☐ bitte auswä	bitte auswählen		bitte ausw		
☐ bitte auswä	bitte auswählen		bitte ausw		
☐ bitte auswä	bitte auswählen		bitte ausw		
☐ bitte auswä	bitte auswählen		bitte ausw		

Wenn Sie oben "Sonstiges" ausgewählt haben, dokumentieren Sie hier bitte den Namen der Substanz (bitte nur Substanzen, die nicht in der Liste erscheinen):

csDMARD/andere syst. Therapie

0 derzeit keine derartige Therapie

Therapie neu bereits dokumentiert	Medikament	Dosis (in mg)	Applikations- intervall	Beginn (Tag / Monat / Jahr)	Ende ① (Letzte Gabe) (Tag / Monat / Jahr)
☐ bitte auswä	bitte auswählen		auswählen.		
☐ bitte auswä	bitte auswählen		auswählen.		
☐ bitte auswä	bitte auswählen		auswählen.		
☐ bitte auswä	bitte auswählen		auswählen.		

Wenn Sie oben "Sonstiges" ausgewählt haben, dokumentieren Sie hier bitte den Namen der Substanz (bitte nur Substanzen, die nicht in der Liste erscheinen):

Aktuell laufende und beendete Therapien

tsDMARD

0 derzeit keine derartige Therapie

Therapie neu bereits dokumentiert	Medikament	Dosis (in mg)	Applikations- intervall	Beginn (Tag / Monat / Jahr)	Ende ① (Letzte Gabe) (Tag / Monat / Jahr)
☐ bitte..auswä	bitte..auswählen		/ auswählen..		
☐ bitte..auswä	bitte..auswählen		/ auswählen..		
☐ bitte..auswä	bitte..auswählen		/ auswählen..		
☐ bitte..auswä	bitte..auswählen		/ auswählen..		

Wenn Sie oben "Sonstiges" ausgewählt haben, dokumentieren Sie hier bitte den Namen der Substanz (bitte nur Substanzen, die nicht in der Liste erscheinen):

Aktuelle Therapien der Hautmanifestationen ①

Topische Therapie

bitte auswählen

bitte auswählen

bitte auswählen

bitte auswählen

Lichttherapie

bitte auswählen

bitte auswählen

bitte auswählen

bitte auswählen

Systemische Glukokortikoide

0 nein 0 unbekannt

Prednisolon-Äquivalenzdosis

☐ aktuell mg / d

☐ letzte 3 Monate mg / d

Lokale Injektionen von Glukokortikoiden

☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

(innerhalb der letzten 3 Monate)

☒ periphere Gelenke

☒ Sakroiliakalgelenke

☒ Entesen

☒ Daktylitis

Sonstige Therapien

0 nein 0 unbekannt

	seit der letzten Visite
Krankengymnastik	☐
Manuelle Therapie	☐
Massage	☐
Analgetika (nicht Opioide) (z.B. Novaminsulfon, Paracetamol)	☐
Analgetika (Opioide) (z.B. Tramadol, Tilidin)	☐
Gastroprotektion (z.B. Protonenpumpenblocker, H2-Blocker, Misoprostol)	☐

EINGABEN PRÜFEN

Bei Ende einer Therapie geben Sie bitte den Grund an

(Hinweis: Dosisänderungen bitte oben (Seite 3/4) dokumentieren. Dosisänderung ist kein Abbruchgrund!)

Medikament	Unerwünschtes Ereignis	Wirkver-sagen	Remission	Non-Compliance	Kinder-wunsch	Schwanger-schaft	Sonstiges
bitte auswählen	0	0	0	0	0	0	0
bitte auswählen	0	0	0	0	0	0	0
bitte auswählen	0	0	0	0	0	0	0
bitte auswählen	0	0	0	0	0	0	0

bitte auswählen	0	0	0	0	0	0	0
bitte auswählen	0	0	0	0	0	0	0
bitte auswählen	0	0	0	0	0	0	0
bitte auswählen	0	0	0	0	0	0	0

bitte auswählen	0	0	0	0	0	0	0
bitte auswählen	0	0	0	0	0	0	0
bitte auswählen	0	0	0	0	0	0	0
bitte auswählen	0	0	0	0	0	0	0

bitte auswählen	0	0	0	0	0	0	0
bitte auswählen	0	0	0	0	0	0	0
bitte auswählen	0	0	0	0	0	0	0
bitte auswählen	0	0	0	0	0	0	0

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

0 nein

0 ja

Bitte dokumentieren Sie jedes UE einzeln.

EINGABEN PRÜFEN



Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

*Wenn Sie Fragen oder Probleme haben beim Abschicken des
Fragebogens, kontaktieren Sie uns:
per E-Mail: rabbit-spa@drfz.de
per Telefon: 030 / 28460-636*

Bitte prüfen Sie Ihre Angaben und ergänzen bzw.
korrigieren Sie diese.

Durch korrektes Ausfüllen verringern Sie die Notwendigkeit von
späteren Nachfragen durch das DRFZ.

Fragebogen abschicken

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient.

vielen Dank, dass
einen wichtigen Bei-
wissenschaftlicher

Musterbogen, alles türkis eingerahmte kann aus RheDAT übertragen werden

Sie darauf hinweisen, dass nicht gesichert ist, dass Ihr Arzt/Ärztin Ihre Antworten zur Kenntnis nimmt. Bitte besprechen Sie daher alle Beschwerden und Gesundheitsprobleme direkt mit Ihrem Arzt/Ärztin.

Teilnahme leisten Sie
Angaben werden zu
wertet. Wir möchten

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.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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?	☐	☐	☐	☐
• sich die Haare waschen?	☐	☐	☐	☐
2. Aufstehen				
• von einem Stuhl ohne Armlehnen aufstehen?	☐	☐	☐	☐
• sich ins Bett legen und wieder aufstehen?	☐	☐	☐	☐
3. Essen				
• Fleisch schneiden	☐	☐	☐	☐
• eine volle Tasse oder ein gefülltes Glas zum Munde führen?	☐	☐	☐	☐
• eine neue Milchtüte (Tetrapack) öffnen?	☐	☐	☐	☐
4. Gehen				
• im Freien auf ebenem Gelände gehen?	☐	☐	☐	☐
• fünf Treppenstufen hinaufsteigen?	☐	☐	☐	☐
5. Hygiene				
• Ihren Körper von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen?	☐	☐	☐	☐
• in der Badewanne baden?	☐	☐	☐	☐
• sich auf die Toilette setzen und wieder aufstehen?	☐	☐	☐	☐
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?	☐	☐	☐	☐
• sich bücken, um Kleidungsstücke vom Boden aufzuheben?	☐	☐	☐	☐
7. Greifen				
• Autotüren öffnen?	☐	☐	☐	☐
• Gläser mit Schraubverschluss öffnen, die vorher schon einmal geöffnet waren?	☐	☐	☐	☐
• Wasserhähne auf- und zudrehen?	☐	☐	☐	☐
8. Andere Tätigkeiten				
• Besorgungen machen und einkaufen?	☐	☐	☐	☐
• in ein Auto ein- und aussteigen?	☐	☐	☐	☐
• Hausarbeiten verrichten, z.B. Staubsaugen und Gartenarbeit?	☐	☐	☐	☐

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

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

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

1. Ankleiden und Körperpflege	☐
2. Aufstehen	☐
3. Essen	☐
4. Gehen	☐
5. Hygiene	☐
6. Erreichen von Gegenständen	☐
7. Greifen	☐
Andere Tätigkeiten	☐
Ich benötige keine Hilfe von anderen Menschen.	☐

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 ?	☐ sehr ☐ ziemlich ☐ ein bisschen ☐ überhaupt nicht	
2. Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung Sie in den vergangenen 7 Tagen verlegen oder befangen gemacht?	☐ sehr ☐ ziemlich ☐ ein bisschen ☐ überhaupt nicht	
3. Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung Sie in den vergangenen 7 Tagen bei Einkäufen oder bei Haus- oder Gartenarbeit behindert?	☐ sehr ☐ ziemlich ☐ ein bisschen ☐ überhaupt nicht	Frage betrifft mich nicht ☐
4. Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung die Wahl der Kleidung beeinflusst, die Sie in den vergangenen 7 Tagen getragen haben?	☐ sehr ☐ ziemlich ☐ ein bisschen ☐ überhaupt nicht	Frage betrifft mich nicht ☐
5. Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen Ihre Aktivitäten mit anderen Menschen oder Ihre Freizeitgestaltung beeinflusst?	☐ sehr ☐ ziemlich ☐ ein bisschen ☐ überhaupt nicht	Frage betrifft mich nicht ☐
6. Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung es Ihnen in den vergangenen 7 Tagen erschwert, sportlich aktiv zu sein?	☐ sehr ☐ ziemlich ☐ ein bisschen ☐ überhaupt nicht	Frage betrifft mich nicht ☐
7. Hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen dazu geführt, dass Sie Ihrer beruflichen Tätigkeit nicht nachgehen oder nicht studieren konnten?	☐ ja ☐ nein	Frage betrifft mich nicht ☐
Falls "nein", wie sehr ist Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen ein Problem bei Ihrer beruflichen Tätigkeit bzw. Ihrem Studium gewesen?	☐ ziemlich ☐ ein bisschen ☐ überhaupt nicht	
8. Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen Probleme im Umgang mit Ihrem Partner, Freunden oder Verwandten verursacht?	☐ sehr ☐ ziemlich ☐ ein bisschen ☐ überhaupt nicht	Frage betrifft mich nicht ☐
9. Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen Ihr Liebesleben beeinträchtigt?	☐ sehr ☐ ziemlich ☐ ein bisschen ☐ überhaupt nicht	Frage betrifft mich nicht ☐
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)?	☐ sehr ☐ ziemlich ☐ ein bisschen ☐ überhaupt nicht	Frage betrifft mich nicht ☐

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

☐ ja, gelegentlich

☐ Ich habe früher Jahre lang geraucht, habe aber vor Jahren mit dem Rauchen aufgehört.

☐ Ich habe nie geraucht.

Seit wie vielen Jahren rauchen Sie?

In RheDat nur „Ja“, „Früher“ und „Nie“

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
☒ ~~Politechnische 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 %
☐ Hausfrau/Hausmann
☐ in Ausbildung oder Umschulung
☐ arbeitslos
☐ berentet

In RheDat „Sonstiges“**In RheDat****Wenn Sie berentet bzw. im Ruhestand sind, sind Sie:**

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

**„Vorruhestand“ / „altershalber“
nicht getrennt**

(bitte Jahresangabe)
 (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 ...**

Bitte entscheiden Sie sich für die am ehesten zutreffende Antwort.

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

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

arbeitsunfähig

— — — — — — — — — —

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?

☐ 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)				
bitte eintragen	☐	☐	☐	☐
bitte eintragen	☐	☐	☐	☐
Biologikum / Biosimilar				
bitte eintragen	☐	☐	☐	☐
Basistherapeutika (csDMARD / tsDMARD / andere)				
bitte eintragen	☐	☐	☐	☐
bitte eintragen	☐	☐	☐	☐
bitte eintragen	☐	☐	☐	☐
bitte eintragen	☐	☐	☐	☐
bitte eintragen	☐	☐	☐	☐
Salben				
bitte eintragen	☐	☐	☐	☐
bitte eintragen	☐	☐	☐	☐
Lichttherapie				
bitte eintragen	☐	☐	☐	☐
bitte eintragen	☐	☐	☐	☐

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!

Eingaben prüfen

Zuordnung von RheDat-Feldern zu den RABBIT-SpA-Bögen

Fragebogenteil	CRF-Feld	Diagnose	CRF	Übertragen	In RheDAT unter	Bemerkung
Visitendatum	Erhebungsdatum	beide	Arzt	Ja	Visitendatum	
Stammdaten	Geburtsjahr Patient	beide	Arzt	Ja	Feste Daten	
Stammdaten	Geschlecht	beide	Arzt	Ja (teilw.)	Feste Daten	Das Freitextfeld für 'anderes Geschlecht' wird nicht aus RheDAT befüllt und muss ggf. manuell ergänzt werden.
Symptom- und Diagnosedaten	Beginn typischer Beschwerden / Symptome	axSpA	Arzt	Ja	Feste Daten	
Symptom- und Diagnosedaten	Beginn typischer Beschwerden – Haut	PsA	Arzt	Nein	–	Muss manuell eingetragen werden.
Symptom- und Diagnosedaten	Beginn typischer Beschwerden – Gelenke	PsA	Arzt	Ja	Feste Daten	
Symptom- und Diagnosedaten	Erstdiagnose	axSpA	Arzt	Ja	Feste Daten	Wenn unbekannt in RheDat Rechtsklick und "auf unbekannt setzen".
Symptom- und Diagnosedaten	Erstdiagnose – Haut	PsA	Arzt	Nein	–	Muss manuell eingetragen werden.
Symptom- und Diagnosedaten	Erstdiagnose – Gelenke	PsA	Arzt	Ja	Feste Daten	
Symptom- und Diagnosedaten	Erstkontakt zum Rheumatologen	beide	Arzt	Ja	Feste Daten / "DRFZ Rheumatol. Erstkontakt"	
Stammdaten	Krankenversicherung	beide	Arzt	Ja	Feste Daten	
Diagnosespezifikation	ASAS-Klassifikationskriterien (Checkboxes)	axSpA	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Erfragt: ASAS-Klassifikation	
Diagnosespezifikation	Charakteristika der Rückenschmerzen	axSpA	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Erfragt: Rückenschmerz	
Diagnosespezifikation	Aktuell entzündlicher Rückenschmerz (ja/nein/unklar)	axSpA	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Erfragt: Rückenschmerz	
Diagnosespezifikation	Lokalisation Rückenschmerz (Gesäß, BWS, LWS, HWS)	axSpA	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Erfragt: Rückenschmerz	
Diagnosespezifikation	Entzündliche Erkrankung des Bewegungsapparates (Gelenke/Wirbelsäule/Sehnen)	PsA	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Bögen und Scores: PsA-Spezifizierung	
Diagnosespezifikation	CASPAR-Klassifikationskriterien	PsA	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Bögen und Scores: PsA-Spezifizierung	
Diagnosespezifikation	Klinisch vorherrschender Befallstyp (dominant axial/peripher, Oligo-/Polyarthritis, DIP, Arthritis mutilans)	PsA	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Bögen und Scores: PsA-Spezifizierung	
Diagnosespezifikation	Daktylitis (ja/nein)	PsA	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Bögen und Scores: PsA-Spezifizierung	
Diagnosespezifikation	Daktylitis – Schweregrad (leicht/mittel/schwer)	PsA	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Bögen und Scores: PsA-Spezifizierung	

Diagnosespezifikation	Axialer Befall (ja/nein)	PsA	Arzt	Ja	PsA-Spezifizierung	
Diagnosespezifikation	Nagelpsoriasis (ja/nein)	PsA	Arzt	Ja	PsA-Spezifizierung	
Bildgebung	Röntgen/CT SIG – Grad Sakroiliitis/Sakroiliitis li/re, Datum	beide	Arzt	Nein	–	Dieser Block wird nicht aus RheDAT befüllt und muss manuell ausgefüllt werden.
Bildgebung	Röntgen/CT Wirbelsäule – Syndesmophyten/Ankylose, Datum	beide	Arzt	Nein	–	
Bildgebung	MRT SIG – aktive Entzündungen, chron. Veränderungen, Datum	beide	Arzt	Nein	–	
Bildgebung	MRT Wirbelsäule – aktive Entzündungen, chron. Veränderungen, Datum	beide	Arzt	Nein	–	
Bildgebung	Radiologische Veränderungen PsA Hände/Füße (inkl. Osteoproliferation)	PsA	Arzt	Nein	–	
Bildgebung	MRT/Sonografie Enthesien – Enthesitis nachweisbar	PsA	Arzt	Nein	–	
Klinische Messgrößen	Globalurteil Arzt – insgesamt (0–10)	beide	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Befunde	
Klinische Messgrößen	Globalurteil Arzt – Haut (0–10)	PsA	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Befunde	
Klinische Messgrößen	Globalurteil Arzt – Gelenke (0–10)	PsA	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Befunde	
Anthropometrie	Größe (cm)	beide	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Befunde	
Anthropometrie	Gewicht (kg)	beide	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Befunde	
Anthropometrie	Tallenumfang (cm)	beide	Arzt	Nein	–	Muss manuell eingetragen werden.
Anthropometrie	Hüftumfang (cm)	beide	Arzt	Nein	–	Muss manuell eingetragen werden.
Labor	CRP (mg/l / negativ / nicht durchgeführt)	beide	Arzt	Ja	Labordaten	Beachten Sie die zwischen RheDat und RABBIT-SpA unterschiedlichen Einheiten. Wenn der CRP-Wert zum Zeitpunkt der Synchronisation noch aussteht, wird er automatisch nachgetragen, sobald er in RheDAT dokumentiert ist (bis 2 Wochen nach Abschicken des Bogens).
Labor	HLA-B27	beide	Arzt	Ja	Labordaten	
Klinische Messgrößen	ASDAS-CRP Gesamtscore	axSpA	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Bögen und Scores	
Klinische Messgrößen	Lumbale Lateralflexion re/li (cm)	axSpA	Arzt	Nein	–	Muss manuell eingetragen werden.
Klinische Messgrößen	Schober-Maß (cm)	axSpA	Arzt	Nein	–	Muss manuell eingetragen werden.
Klinische Messgrößen	Arthritis – Gelenkstatus (44 Gelenke)	axSpA	Arzt	Ja (Mapping)	Verlaufsdaten: Bögen und Scores: Gelenkbogen	Ein Gelenk gilt in RABBIT-SpA für eine:n AxSpA-Patient:in als arthritisch, wenn es in RheDAT druckschmerzhaft ODER geschwollen ist.
Klinische Messgrößen	Coxitis aktuell (ja/nein/unklar + Lokalisation)	axSpA	Arzt	Nein	–	Muss manuell eingetragen werden.

Klinische Messgrößen	DAPSA	PsA	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Bögen und Scores	
Klinische Messgrößen	DAS28-CRP	PsA	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Bögen und Scores	
Labor	RF (Rheumafaktor)	PsA	Arzt	Ja	Labordaten	
Labor	ACPA	PsA	Arzt	Ja	Labordaten	
Labor	BSG (mml/1.h)	PsA	Arzt	Ja	Labordaten	
Klinische Messgrößen	Druckschmerzhafte Gelenke – 68-Gelenk-Status	PsA	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Bögen und Scores: Gelenkbogen	
Klinische Messgrößen	Geschwollene Gelenke – 66-Gelenk-Status	PsA	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Bögen und Scores: Gelenkbogen	
Klinische Messgrößen	BSA – Prozentsatz befallene Körperoberfläche (%)	PsA	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Bögen und Scores: KOF (%)	
Enthesitis	Enthesitis – 16 Sehnenansatzpunkte re/li	beide	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Bögen und Scores: SPARCC Enthesitis Index	
Gelenkersatz	Gelenkersatz Hüfte/Knie (li/re, Datum)	beide	Arzt	Nein	–	Muss manuell eingetragen werden.
Impfungen	Impfungen (Pneumokokken, Influenza, Herpes Zoster, Covid-19)	beide	Arzt	Nein	–	Muss manuell eingetragen werden.
Extraartikuläre Manifestationen	Extraartikuläre Manifestationen: Psoriasis	axSpA	Arzt	Nein	–	Muss manuell eingetragen werden.
Extraartikuläre Manifestationen	Extraartikuläre Manifestationen: Uveitis, CED	beide	Arzt	Nein	–	Muss manuell eingetragen werden.
Komorbiditäten	Komorbidität-Checkboxes	beide	Arzt	Ja (Mapping)	Feste Daten: Dauerdiagnosen	Die Komorbiditäten werden aus RheDAT vorausgefüllt. Bitte Button "ICD 10" nutzen! Freitexte werden nicht übertragen, nur ICD-Codes!
Komorbiditäten	Therapie der Komorbidität (Checkbox 'Th')	beide	Arzt	Nein	–	Die Checkbox 'aktuell in Therapie' wird nicht aus RheDAT befüllt und muss manuell gesetzt werden.
Komorbiditäten	Herzinsuffizienz – NYHA-Grad	beide	Arzt	Nein	–	Der NYHA-Grad muss manuell eingetragen werden.
Komorbiditäten	Maligne Neoplasie – Erstdiagnose-Jahr und Name	beide	Arzt	Nein	–	Bitte Erstdiagnosejahr und genaue Bezeichnung der Neoplasie manuell nachtragen.
Komorbiditäten	Niereninsuffizienz – GFR (ml/min)	beide	Arzt	Nein	–	Bitte GFR-Klasse manuell nachtragen.
Komorbiditäten	'Andere Begleiterkrankungen' (Freitextfeld)	beide	Arzt	Ja	–	Das Freitextfeld enthält alle ICD-Codes, die nicht den "Ankreuzkomorbiditäten" zugeordnet werden können. Komorbiditäten, die Sie in RheDat nicht ICD-codiert haben, hier als Freitext anhängen.
Einschluss- und laufende Therapien	NSAR – Substanz, Tagesdosis, Tage/Woche, Status, Beginn	beide	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Therapie: Rheumatol. Begleitmedikation	Bitte in Rhedat vollständig ausfüllen, mit Beginn, Dosis und Applikationsintervall.

Einschluss- und laufende Therapien	NSAR – Bisherige Tagesdosis bei Dosiserhöhung	beide	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Therapie: Rheumatol. Begleitmedikation	
Einschluss- und laufende Therapien	Biologikum/Biosimilar – Substanz, Dosis, Applikationsintervall, Beginn	beide	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Therapie: Biologika	Das Applikationsintervall von Biologika wird als Freitext aus RheDAT übernommen. Bitte prüfen Sie das Format.
Einschluss- und laufende Therapien	csDMARD – Substanz, Dosis, Applikationsintervall, Beginn	beide	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Therapie: csDMARDS	
Einschluss- und laufende Therapien	tsDMARD – Substanz, Dosis, Applikationsintervall, Beginn	beide	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Therapie: tsDMARDS	
Einschluss- und laufende Therapien	Einschlusstherapie-Checkbox	beide	Arzt	Nein		Die Einschlusstherapie-Markierung wird nicht automatisch gesetzt. Bitte prüfen Sie beim Einschluss in RABBIT-SpA, ob die Einschlusskriterien erfüllt sind.
Einschluss- und laufende Therapien	'Verschrieben für' (Haut/Gelenke/beides)	PsA	Arzt	Nein	–	Muss manuell eingetragen werden.
Weitere Therapien	Systemische Glukokortikoide – Prednisolon-Äquivalenzdosis aktuell + letzte 3 Monate	beide	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Therapie: Glucocorticoide	
Weitere Therapien	Lokale Glukokortikoid-Injektionen	beide	Arzt	Nein	–	
Weitere Therapien	Aktuelle Topische Therapien (Hautmanifestationen)	PsA	Arzt	Nein	–	Muss manuell eingetragen werden.
Weitere Therapien	Aktuelle Lichttherapie	PsA	Arzt	Nein	–	Muss manuell eingetragen werden.
Weitere Therapien	Sonstige Therapien – Krankengymnastik	beide	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Erfragt: DRFZ ergänzende Therapien	Aus diesem Unterformular sind für RABBIT-SpA nur Krankengymnastik und Sport relevant.
Weitere Therapien	Sonstige Therapien – Analgetika (Opioide)	beide	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Therapie: Rheumatol. Begleitmedikation	
Weitere Therapien	Sonstige Therapien – Analgetika (nicht Opioide)	beide	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Therapie: Rheumatol. Begleitmedikation	
Weitere Therapien	Sonstige Therapien – Manuelle Therapie	beide	Arzt	Nein	–	Muss manuell eingetragen werden.
Weitere Therapien	Sonstige Therapien – Massage	beide	Arzt	Nein	–	Muss manuell eingetragen werden.
Weitere Therapien	Sonstige Therapien – Gastroprotektion	beide	Arzt	Nein	–	Muss manuell eingetragen werden.
Beendete Therapien (letzte 12 Monate)	NSAR beendet – Substanz, Tagesdosis, Tage/Woche, Beginn, Ende	beide	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Therapie: Rheumatol. Begleitmedikation	wird aus früheren RheDat-Visiten genommen, wenn der Patient schon vorher in RheDat dokumentiert wurde, sonst manuell ergänzen.
Beendete Therapien (letzte 12 Monate)	NSAR beendet – Abbruchgrund	beide	Arzt	Ja (Mapping)	Verlaufsdaten: Therapie: Rheumatol. Begleitmedikation	wird aus früheren RheDat-Visiten genommen, wenn der Patient schon vorher in RheDat dokumentiert wurde, sonst manuell ergänzen.

Beendete Therapien (letzte 12 Monate)	Biologika/Biosimilar beendet – Substanz, Beginn, Ende	beide	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Therapie: Rheumatol. Begleitmedikation	wird aus früheren RheDat-Visiten genommen, wenn der Patient schon vorher in RheDat dokumentiert wurde, sonst manuell ergänzen.
Beendete Therapien (letzte 12 Monate)	Biologika/Biosimilar beendet – Abbruchgrund	beide	Arzt	Ja (Mapping)	Verlaufsdaten: Therapie: Rheumatol. Begleitmedikation	wird aus früheren RheDat-Visiten genommen, wenn der Patient schon vorher in RheDat dokumentiert wurde, sonst manuell ergänzen.
Beendete Therapien (letzte 12 Monate)	csDMARD beendet – Substanz, Beginn, Ende	beide	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Therapie: Rheumatol. Begleitmedikation	wird aus früheren RheDat-Visiten genommen, wenn der Patient schon vorher in RheDat dokumentiert wurde, sonst manuell ergänzen.
Beendete Therapien (letzte 12 Monate)	csDMARD beendet – Abbruchgrund	beide	Arzt	Ja (Mapping)	Verlaufsdaten: Therapie: Rheumatol. Begleitmedikation	wird aus früheren RheDat-Visiten genommen, wenn der Patient schon vorher in RheDat dokumentiert wurde, sonst manuell ergänzen.
Beendete Therapien (letzte 12 Monate)	tsDMARD beendet – Substanz, Beginn, Ende	beide	Arzt	Ja	Verlaufsdaten: Therapie: Rheumatol. Begleitmedikation	wird aus früheren RheDat-Visiten genommen, wenn der Patient schon vorher in RheDat dokumentiert wurde, sonst manuell ergänzen.
Beendete Therapien (letzte 12 Monate)	tsDMARD beendet – Abbruchgrund	beide	Arzt	Ja (Mapping)	Verlaufsdaten: Therapie: Rheumatol. Begleitmedikation	wird aus früheren RheDat-Visiten genommen, wenn der Patient schon vorher in RheDat dokumentiert wurde, sonst manuell ergänzen.
Beendete Therapien (letzte 12 Monate)	Topische Therapien beendet	PsA	Arzt	Nein	–	Muss manuell eingetragen werden.
Beendete Therapien (letzte 12 Monate)	Lichttherapie beendet	PsA	Arzt	Nein	–	Muss manuell eingetragen werden.
Beendete Therapien (vor mehr als 12 Monaten)	NSAR, Biologika/Biosimilar, csDMARD, tsDMARD – Substanzname	beide	Arzt	Ja (teilw.)	Verlaufsdaten: Therapie	
Beendete Therapien (vor mehr als 12 Monaten)	Topische Therapien / Lichttherapie vor >12 Monaten beendet	PsA	Arzt	Nein	–	Muss manuell eingetragen werden.
Visitendatum	Datum	beide	Patient	Ja	Visitendatum	
PROs	Gesundheitszustand (0–10)	beide	Patient	Ja	Verlaufsdaten: Erfragt: Gesundheit DRFZ (Patient)	
PROs	Krankheitsaktivität Patient (0–10)	beide	Patient	Ja	Verlaufsdaten: Erfragt: Aktivität (Patient)	
PROs	(Gelenk)schmerzen (0–10)	beide	Patient	Ja	Verlaufsdaten: Erfragt: Schmerz (Patient)	
PROs	Hautbeteiligung (0–10)	PsA	Patient	Nein	–	
PROs	Schlafstörungen (0–10)	beide	Patient	Nein	–	
PROs	BASDAI (6 Einzelitems und Gesamtscore)	axSpA	Patient	Ja	Verlaufsdaten: Bögen und Scores	

PROs	BASFI (10 Items)	axSpA	Patient	Ja	Verlaufsdaten: Bögen und Scores	
PROs	HAQ – Fähigkeiten, Hilfsmittel, Hilfe durch andere Personen	PsA	Patient	Ja	Verlaufsdaten: Bögen und Scores	
PROs	DLQI (10 Items)	PsA	Patient	Ja	Verlaufsdaten: Bögen und Scores	
PROs	PSAID (12 Items)	PsA	Patient	Ja	Verlaufsdaten: Bögen und Scores	
PROs	WHO-5 (5 Items)	beide	Patient	Ja	Verlaufsdaten: Erfragt: WHO 5	
PROs	PASS (Zufriedenheit aktuell und prospektiv)	beide	Patient	Nein	–	
Lebensstil	Rauchen	beide	Patient	Ja (Mapping)	Verlaufsdaten: Erfragt: Rauchen	
Weitere Therapien	Krankengymnastik	beide	Patient	Nein	–	Patientenangabe gibt es in RheDat nicht
Lebensstil	Sport (Häufigkeit)	beide	Patient	Ja	Verlaufsdaten: Erfragt: DRFZ ergänzende Therapien	
Soziodemographie	Schulabschluss	beide	Patient	Ja (Mapping)	Feste Daten: DRFZ Soziodemographie	Der Schulabschluss wird aus RheDAT vorausgefüllt.
Soziodemographie	Berufliche Stellung (Arbeiter/Angestellte/Beamte/Selbstständige)	beide	Patient	Nein		
Soziodemographie	Berufliche Situation (Vollzeit/Teilzeit/etc.)	beide	Patient	Ja (Mapping)	Verlaufsdaten: DRFZ Erwerbstätigkeit	Die Kategorie 'Hausfrau/Hausmann' im Register entspricht 'Sonstiges' in RheDAT.
Soziodemographie	Rentendetails – Altersrente vs. Vorruhestand/Altersteilzeit	beide	Patient	Ja (Mapping)	Verlaufsdaten: DRFZ Erwerbstätigkeit	Wenn in RheDAT 'berentet' ohne Unterscheidung dokumentiert ist, werden im Register beide Optionen angekreuzt. Bitte ggf. korrigieren.
Soziodemographie	Rentenbeginn – Jahresangabe	beide	Patient	Nein	–	
Inanspruchnahme	AU-Tage (ja/nein + Dauer in Wochen/Tagen)	beide	Patient	Ja	Verlaufsdaten: DRFZ Erwerbstätigkeit	
Inanspruchnahme	Krankenhausaufenthalt (ja/nein + Dauer)	beide	Patient	Ja	Verlaufsdaten: DRFZ Erwerbstätigkeit	
Inanspruchnahme	Tage mit eingeschränkter Beschäftigung (letzte 4 Wochen)	beide	Patient	Nein	–	
Inanspruchnahme	Verschlechterung letzte 6 Monate	beide	Patient	Nein	–	
Inanspruchnahme	Arztbesuche letzte 6 Monate	beide	Patient	Nein	–	
Arbeitsfähigkeit	WAI Item 1 – Derzeitige Arbeitsfähigkeit (0–10)	beide	Patient	Nein	–	
Arbeitsfähigkeit	WAI Items 2–5	beide	Patient	Nein	–	
PROs	ASAS-HI (17 Items)	axSpA	Patient	Ja	Verlaufsdaten: Bögen und Scores	

Adhärenz	Adhärenzfragen (Medikamenteneinnahme letzte 4 Wochen)	beide	Patient	Nein	–	
Therapiezufriedenheit	Zufriedenheit mit Therapieerfolg	beide	Patient	Ja	Verlaufsdaten: Erfragt: DRFZ Therapiezufriedenheit	
Therapiezufriedenheit	Zufriedenheit mit Verträglichkeit	beide	Patient	Ja	Verlaufsdaten: Erfragt: DRFZ Therapiezufriedenheit	
Patientenorganisation	Mitgliedschaft Patientenorganisation	beide	Patient	Ja (Mapping)	Feste Daten: DRFZ Soziodemographie	Die diagnosespezifische Patientenorganisation (DVMB bzw. Deutscher Psoriasis Bund) wird nicht aus RheDAT übertragen und muss ggf. vom Patienten ergänzt werden.