

Folgevisite Nr.

Datum der Visite (TT/MM/JJ)

Einrichtungscode

BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)

Wie ist es Ihnen in den vergangenen 7 Tagen ergangen?

Bitte kreuzen Sie auf den folgenden Skalen von 0-10 jeweils eine Zahl an. Falls die Beschwerden (Schmerzen, Müdigkeit) schwankend aufgetreten sind, kreuzen Sie bitte trotzdem nur eine Zahl als Angabe für die durchschnittliche Stärke der Beschwerden an. Lassen Sie dabei bitte keine Frage aus.

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

gar keine 012345678910 total

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

gar keine 012345678910 unerträglich

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

gar keine 012345678910 unerträglich

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

gar nicht 012345678910 unerträglich

5. Wie ausgeprägt war Ihre Morgensteifigkeit nach dem Aufwachen?

gar keine 012345678910 extrem

6. Wie viele Stunden dauerte diese Morgensteifigkeit im Allgemeinen?

hatte keine 0^{1/4}^{1/2}^{3/4}1^{1 1/4}^{1 1/2}^{1 3/4}^{≥2} 2h oder länger
(0) (1.25) (2.5) (3.75) (5) (6.25) (7.5) (8.75) (10)

ACHTUNG: Bitte unbedingt alle 6 Punkte dokumentieren, nur dann kann der BASDAI berechnet werden!

_____ vom Arzt auszufüllen _____

Berechnung des BASDAI-Scores:

- Umrechnung der Zeitangabe von Antwort 6 in eine Skalierung von 0–10 (Klammerwerte)
- Bildung eines Mittelwertes aus den Antworten 5 und 6
- Bildung eines Gesamtmittelwertes aus den Antworten 1–4 und dem Mittel der Antworten 5 und 6

$$\text{BASDAI} = \frac{\text{ _1 + _2 + _3 + _4 + \frac{\text{ _5 + _6 }{2}}{5} = \text{ , }$$

Folgevisite Nr. Datum der Visite (TT/MM/JJ)Einrichtungscod

HAQ (Health Assessment Questionnaire)

In diesem Abschnitt möchten wir von Ihnen erfahren, wie Ihre Krankheit sich auf Ihre Fähigkeit, im täglichen Leben zurecht zu kommen, auswirkt.

Kreuzen Sie bitte die Antwort an, die am besten beschreibt, was Sie in der letzten Woche normalerweise tun konnten:

	ohne Schwierigkeiten	mit leichten Schwierigkeiten	mit großen Schwierigkeiten	konnte ich nicht
ANZIEHEN & KÖRPERPFLEGE , konnten Sie:				
1 sich selbst anziehen, einschließlich Schuhe binden und Knöpfe schließen?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2 sich die Haare waschen?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
AUFSTEHEN , konnten Sie:				
3 von einem Stuhl ohne Armlehne aufstehen?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4 sich ins Bett legen und aufstehen?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
ESSEN , konnten Sie:				
5 Fleisch schneiden?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6 eine volle Tasse oder ein volles Glas zum Mund führen?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
7 einen neuen Milchkarton (TetraPak) öffnen?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
GEHEN , konnten Sie:				
8 draußen auf ebenem Untergrund gehen?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
9 fünf Treppenstufen hochgehen?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Bitte kreuzen Sie alle Hilfsmittel an, die Sie für gewöhnlich für die oben genannten Tätigkeiten benutzt haben:

10 Gehstock	NEIN <input type="checkbox"/> ₁	JA <input type="checkbox"/> ₂
11 Gehhilfe (Rollator)	NEIN <input type="checkbox"/> ₁	JA <input type="checkbox"/> ₂
12 Krücken	NEIN <input type="checkbox"/> ₁	JA <input type="checkbox"/> ₂
13 Rollstuhl	NEIN <input type="checkbox"/> ₁	JA <input type="checkbox"/> ₂
14 Hilfsmittel zum Anziehen (Knopföffner, Schlitten für Reißverschlüsse, langer Schuhlöffel, usw.)	NEIN <input type="checkbox"/> ₁	JA <input type="checkbox"/> ₂
15 speziell angepasste Hilfsmittel (z. B. zum Essen und Kochen)	NEIN <input type="checkbox"/> ₁	JA <input type="checkbox"/> ₂
16 speziell angepasster Stuhl	NEIN <input type="checkbox"/> ₁	JA <input type="checkbox"/> ₂
17 Andere, welche: _____		

Bitte kreuzen Sie alle Tätigkeiten an, bei denen Sie für gewöhnlich die Hilfe einer anderen Person benötigen haben:

18 Anziehen und Körperpflege	NEIN <input type="checkbox"/> ₁	JA <input type="checkbox"/> ₂
19 Aufstehen	NEIN <input type="checkbox"/> ₁	JA <input type="checkbox"/> ₂
20 Essen	NEIN <input type="checkbox"/> ₁	JA <input type="checkbox"/> ₂
21 Gehen	NEIN <input type="checkbox"/> ₁	JA <input type="checkbox"/> ₂

Folgevisite Nr. _____

Datum der Visite _____ (TT/MM/JJ)

Einrichtungscod _____

	ohne Schwierigkeiten	mit leichten Schwierigkeiten	mit großen Schwierigkeiten	konnte ich nicht	
HYGIENE, konnten Sie:					
22	sich ganz waschen und abtrocknen?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
23	ein Vollbad nehmen?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
24	sich auf die Toilette setzen und wieder aufstehen?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
NACH ETWAS GREIFEN, konnten Sie:					
25	einen etwa 2kg schweren Gegenstand von einer Stelle über Kopfhöhe herunterheben (z.B. einen Stapel Teller)?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
26	sich bücken, um ein Kleidungsstück vom Fußboden aufzuheben?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
GREIFEN UND ÖFFNEN, konnten Sie:					
27	eine Autotür öffnen?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
28	Konservengläser öffnen, die schon einmal offen waren?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
29	Wasserhähne auf- und zudrehen?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
ANDERE TÄTIGKEITEN, konnten Sie:					
30	Besorgungen machen und einkaufen?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
31	in ein Auto ein- und aussteigen?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
32	Hausarbeiten oder Gartenarbeit erledigen (z.B. Staubsaugen oder Unkraut jäten)?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Bitte kreuzen Sie alle Hilfsmittel an, die Sie für gewöhnlich für die oben genannten Tätigkeiten benutzt haben:

33	erhöhter Toilettensitz	NEIN <input type="checkbox"/> ₁	JA <input type="checkbox"/> ₂
34	Badewannensitz	NEIN <input type="checkbox"/> ₁	JA <input type="checkbox"/> ₂
35	Öffner für Schraubverschlüsse (für Gläser, die schon offen waren)	NEIN <input type="checkbox"/> ₁	JA <input type="checkbox"/> ₂
36	Badewannenhandgriff	NEIN <input type="checkbox"/> ₁	JA <input type="checkbox"/> ₂
37	Greifhilfen mit langem Handgriff	NEIN <input type="checkbox"/> ₁	JA <input type="checkbox"/> ₂
38	Hilfsmittel mit langem Handgriff für das Badezimmer (z.B. Bürste)	NEIN <input type="checkbox"/> ₁	JA <input type="checkbox"/> ₂
39	Andere, welche: _____		

Bitte kreuzen Sie alle Tätigkeiten an, bei denen Sie für gewöhnlich die Hilfe einer anderen Person benötigt haben:

40	Hygiene	NEIN <input type="checkbox"/> ₁	JA <input type="checkbox"/> ₂
41	nach etwas greifen	NEIN <input type="checkbox"/> ₁	JA <input type="checkbox"/> ₂
42	Greifen und Öffnen von Gegenständen	NEIN <input type="checkbox"/> ₁	JA <input type="checkbox"/> ₂
43	Besorgungen und Hausarbeiten	NEIN <input type="checkbox"/> ₁	JA <input type="checkbox"/> ₂

Folgevisite Nr. _____

Datum der Visite _____ (TT/MM/JJ)

Einrichtungscod e _____

Fragen an den Patienten mit Spondylitis ankylosans (Zutreffendes bitte ankreuzen ☒)
Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?sehr gut 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr schlechtWie stark haben Sie an den letzten 7 Tagen unter ungewöhnlicher Erschöpfung und Müdigkeit gelitten?gar nicht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr starkWie würden Sie die Stärke Ihrer Schmerzen einschätzen? Ich hatte an den vergangenen 7 Tagenkeine Schmerzen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unerträgliche SchmerzenAn 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?keinem 1 weniger als 7 2 an 7-14 3 mehr als 14 Tagen 4Wie häufig waren Sie in den letzten 6 Monaten wegen Ihrer rheumatischen Beschwerden beim Arzt?nie 1 einmal 2 öfters → 3 und zwar _____ MalWaren Sie in den letzten 6 Monaten wegen der rheumatischen Beschwerden stationär im Krankenhaus?nein 1 ja → 2 und zwar _____ Tage

Wenn Sie erwerbstätig sind oder im letzten Jahr waren, waren Sie in den letzten 6 Monaten arbeitsunfähig (krankgeschrieben)?

nein 1 ja → 2 und zwar _____ Tage

und wie lange davon wegen Ihrer rheumatischen Erkrankung?

gar nicht 1 ja → 2 und zwar _____ Tage

Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

- 1 Vollzeit erwerbstätig
2 Teilzeit erwerbstätig
3 erwerbstätig, krankgeschrieben
4 Haushalt
8 berentet ↓
9 auf Zeit, bis _____ (JJJJ)
90 vorzeitig berentet wegen Arbeits-/Berufsunfähigkeit, seit _____ (JJJJ)
91 wegen der rheumatischen Erkrankung
92 wegen anderer Erkrankungen
10 nach Erreichen der Altersgrenze, seit _____ (JJJJ)
- 5 in Ausbildung oder Umschulung
6 arbeitslos
7 arbeitslos, krankgeschrieben

Vielen Dank für Ihr Einverständnis und Ihre Mithilfe.

Der Vorstand des Vereins Biologica-register für entzündliche rheumatische Erkrankungen e. V. (BioReg)