

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:

**ANZIEHEN & KÖRPERPFLEGE, konnten Sie:**

- |  | ohne Schwierigkeiten                  | mit leichten Schwierigkeiten          | mit großen Schwierigkeiten            | konnte ich nicht                      |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1 sich selbst anziehen, einschließlich Schuhe binden und Knöpfe schließen? | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| 2 sich die Haare waschen?  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |

**AUFSTEHEN, konnten Sie:**

- |  |                                       |                                       |                                       |                                       |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 3 von einem Stuhl ohne Armlehne aufstehen? | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| 4 sich ins Bett legen und aufstehen?       | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |

**ESSEN, konnten Sie:**

- |  |                                       |                                       |                                       |                                       |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 5 Fleisch schneiden?                                     | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| 6 eine volle Tasse oder ein volles Glas zum Mund führen? | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| 7 einen neuen Milchkarton (TetraPak) öffnen?             | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |

**GEHEN, konnten Sie:**

- |  |                                       |                                       |                                       |                                       |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 8 draußen auf ebenem Untergrund gehen? | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| 9 fünf Treppenstufen hochgehen?        | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |

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

- |  |  |  |
|--|--|--|
| 10 Gehstock  | NEIN <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | JA <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> |
| 11 Gehhilfe (Rollator)   | NEIN <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | JA <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> |
| 12 Krücken   | NEIN <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | JA <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> |
| 13 Rollstuhl   | NEIN <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | JA <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> |
| 14 Hilfsmittel zum Anziehen (Knopföffner, Schlitten für Reißverschlüsse, langer Schuhlöffel, usw.) | NEIN <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | JA <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> |
| 15 speziell angepasst Hilfsmittel (z. B. zum Essen und Kochen)                                     | NEIN <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | JA <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> |
| 16 speziell angepasster Stuhl  | NEIN <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | JA <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> |
| 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"/> <sub>1</sub> | JA <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> |
| 19 Aufstehen                 | NEIN <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | JA <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> |
| 20 Essen                     | NEIN <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | JA <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> |
| 21 Gehen                     | NEIN <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | JA <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> |

Folgevisite Nr.

Datum der Visite     (TT/MM/JJ)

Einrichtungscod

	ohne Schwierigkeiten	mit leichten Schwierigkeiten	mit großen Schwierigkeiten	konnte ich nicht
22 sich ganz waschen und abtrocknen?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
23 ein Vollbad nehmen?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
24 sich auf die Toilette setzen und wieder aufstehen?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

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"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
26 sich bücken, um ein Kleidungsstück vom Fußboden aufzuheben?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

GREIFEN UND ÖFFNEN, konnten Sie:

27 eine Autotür öffnen?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
28 Konservengläser öffnen, die schon einmal offen waren?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
29 Wasserhähne auf- und zudrehen?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

ANDERE TÄTIGKEITEN, konnten Sie:

30 Besorgungen machen und einkaufen?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
31 in ein Auto ein- und aussteigen?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
32 Hausarbeiten oder Gartenarbeit erledigen (z.B. Staubsaugen oder Unkraut jäten)?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

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

33 erhöhter Toilettensitz	NEIN <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	JA <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
34 Badewannensitz	NEIN <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	JA <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
35 Öffner für Schraubverschlüsse (für Gläser, die schon offen waren)	NEIN <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	JA <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
36 Badewannenhandgriff	NEIN <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	JA <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
37 Greifhilfen mit langem Handgriff	NEIN <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	JA <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
38 Hilfsmittel mit langem Handgriff für das Badezimmer (z.B. Bürste)	NEIN <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	JA <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
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"/> <sub>1</sub>	JA <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
41 nach etwas greifen	NEIN <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	JA <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
42 Greifen und Öffnen von Gegenständen	NEIN <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	JA <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
43 Besorgungen und Hausarbeiten	NEIN <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	JA <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

Folgevisite Nr.

**Datum der Visite**     (TT/MM/JJ)

**Einrichtungscod**

**Fragen an den Patienten mit sonst. entzdl. rheumat. Erkg.** (Zutreffendes bitte ankreuzen ☒)

Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

sehr gut 012345678910 sehr schlecht

Wie stark haben Sie an den letzten 7 Tagen unter ungewöhnlicher Erschöpfung und Müdigkeit gelitten?

gar nicht 012345678910 sehr stark

Wie würden Sie die Stärke Ihrer Schmerzen einschätzen? Ich hatte an den vergangenen 7 Tagen

keine Schmerzen 012345678910 unerträgliche Schmerzen

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?

keinem 1 weniger als 7 2 an 7-14 3 mehr als 14 Tagen 4

Wie häufig waren Sie in den letzten 6 Monaten wegen Ihrer rheumatischen Beschwerden beim Arzt?

nie 1 einmal 2 öfters → 3 und zwar    Mal

Waren 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 ↓
- 5 in Ausbildung oder Umschulung
- 6 arbeitslos
- 7 arbeitslos, krankgeschrieben
- 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)

**Vielen Dank für Ihr Einverständnis und Ihre Mithilfe.**

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