

ID-Nr.: _____

ARZTBOGEN

**ZUR AUSWAHL VON THERAPIEZIELEN UND
ZUR ERGEBNISMESSUNG ◆**

**DERMATOLOGIE
UND
PNEUMOLOGIE**

**Abteilung für
Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS)
Universitätsklinikum Freiburg i. Br. ●**

ANGABEN ZUR PERSON

Geburtsdatum: |_||_| / |_||_|_|_|_|
 Monat Jahr

Geschlecht: männlich weiblich

Familienstand: ledig
+ verheiratet
 verwitwet/geschieden/getrennt

Schulabschluss Volks-/Hauptschule
+ Mittlere Reife/Realschulabschluss/
 Polytechnische Oberschule (8 bzw. 10 J.)

 Fachhochschulreife
 Abitur (Hochschulreife)
 (noch) kein Schulabschluss
 Anderer Schulabschluss, nämlich:



EINSCHÄTZUNG ZUR SITUATION DES/DER PAT. ZU REHA-BEGINN

Reha-Motivation:	sehr hoch <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> keine
Subjektive Angaben versus objektive Befunde:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dissimuliert adäquat aggraviert
Chronifizierung der Haupterkrankung: (Jahre) ca.	<input type="checkbox"/> < 1 J. <input type="checkbox"/> 1-2 J. <input type="checkbox"/> 3-5 J. <input type="checkbox"/> 6-10 J. <input type="checkbox"/> > 10 Jahre <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar <input type="checkbox"/> Akutereignis

Die numerischen Rating-Skalen sind graduiert wie Schulnoten
(d.h. 1 = keine Einschränkung, gesund; 6 = max. Einschränkung, krank).*

	1	2	3	4	5	6
Somatische Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsfähigkeit im Alltag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsfähigkeit im Beruf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychisches Befinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Integration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheitsbewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M-SCORE ZUR EINSCHÄTZUNG DER MULTIMORBIDITÄT ●

Der **M-Score (Multimorbidität)** ergibt sich aus der Einschätzung der Schwere von 10 möglichen Begleiterkrankungen. Es gilt jeweils:

- Begleiterkrankung nicht vorhanden: 0 Punkte
 - Begleiterkrankung vorhanden, kein Betreuungsbedarf: 1 Punkt
 - Begleiterkrankung vorhanden, geringe Korrekturen erforderlich: 2 Punkte
 - Begleiterkrankung vorhanden, Neueinstellung erforderlich: 3 Punkte
- Der Summenscore liegt damit zwischen 0 und 30 Punkten.

Multimorbidität (M-Score) +

◆	nicht vorhanden	leicht vorhanden, kein Betreuungsbedarf	mittel vorhanden, geringe Korrek- turen erforderlich	schwer vorhanden, Neueinstellung erforderlich
	<i>0 Punkte</i>	<i>1 Punkt</i>	<i>2 Punkte</i>	<i>3 Punkte</i>
1. gestörte Bewußtseinslage				
2. Diabetes mellitus				
3. Bluthochdruck				
4. chron.-obstr. Atemwegserkr.				
5. Niereninsuffizienz				
6. arterielle Verschlüßerkr.				
7. neurologische Defizite				
8. orthopäd. Einschränkungen				
9. Probleme der Krankheits- verarbeitung (Angst, Depress.)				
10. Sonstiges				
M-Score = Summe der Punkte	_____ Punkte			

■
 PROJEKT „QUALITÄTSSICHERUNG DURCH DIE GESETZLICHEN KRANKENKASSEN IN DER MEDIZINISCHEN
 REHABILITATION“
 ABT. QUALITÄTSMANAGEMENT UND SOZIALMEDIZIN, UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG ■
 (Score erstellt von: Dr. Benesch, Fachklinik Rhein-Ruhr Essen, PD Dr. Völler, Klinik am See Rüdersdorf,
 Dr. Willemsen, Schüchtermann Klinik Bad Rothenfelde, 2000)

GEKÜRZTE LISTE DER ICDH-KATEGORIEN

Bitte wählen Sie aus den acht Bereichen der Schädigungen (Bereich 1), Fähigkeitsstörungen (Bereiche 2-7) und Beeinträchtigungen (Bereich 8) ca. **3 - 5 vorrangig zu behandelnde Kategorien** aus. Hiervon sollten **maximal 50%** der Kategorien die Schädigungsebene betreffen. Dokumentieren Sie für die ausgewählten Kategorien zum Aufnahmezeitpunkt das operationalisierte Rehabilitationsziel und zum Entlasszeitpunkt die Zielerreichung (ja/nein). **Die übrigen Parameter lassen Sie einfach frei (siehe Instruktion zum Arztbogen!).** ◆

SCHÄDIGUNGEN

Ziel?	Kategorie	Operationalisiertes Rehabilitationsziel	Ziel erreicht?
<input type="checkbox"/>	Intellektuelle Schädigungen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Andere psychische Schädigungen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Schädigungen der Sprach- und Sprechfunktion		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Sensorische Schädigungen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Viszerale Schädigungen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Andere Schädigungen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

FÄHIGKEITSTÖRUNGEN IM VERHALTEN ◆

Ziel?	Kategorie	Operationalisiertes Rehabilitationsziel	Ziel erreicht?
<input type="checkbox"/>	Fähigkeitsstörungen in der Bewusstheit		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Fähigkeitsstörungen in den Beziehungen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



FÄHIGKEITSSTÖRUNGEN IN DER SELBSTVERSORGUNG

Ziel?	Kategorie	Operationalisiertes Rehabilitationsziel	Ziel erreicht?
<input type="checkbox"/>	Fähigkeitsstörungen in der persönlichen Hygiene		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Fähigkeitsstörungen im Ankleiden		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Fähigkeitsstörungen in der Ernährung und sonstigen Selbstversorgung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

■

FÄHIGKEITSSTÖRUNGEN IN DER FORTBEWEGUNG

Ziel?	Kategorie	Operationalisiertes Rehabilitationsziel	Ziel erreicht?
<input type="checkbox"/>	Fähigkeitsstörungen im Gehen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Einschränkende Fähigkeitenstörungen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Andere Fähigkeitenstörungen in der Fortbewegung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

●

FÄHIGKEITSSTÖRUNGEN IN DER KÖRPERLICHEN BEWEGLICHKEIT ◆

Ziel?	Kategorie	Operationalisiertes Rehabilitationsziel	Ziel erreicht?
<input type="checkbox"/>	Fähigkeitsstörungen in der Haushaltsführung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Fähigkeitsstörungen in der Körperbewegung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

FÄHIGKEITSSTÖRUNGEN IN DER GESCHICKLICHKEIT ■

Ziel?	Kategorie	Operationalisiertes Rehabilitationsziel	Ziel erreicht?
<input type="checkbox"/>	Fähigkeitsstörungen in alltäglichen Aktivitäten		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ziel?	Kategorie	Operationalisiertes Rehabilitationsziel	Ziel erreicht?
<input type="checkbox"/>	Fähigkeitsstörungen in manuellen Aktivitäten		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

SITUATIONSBEDINGTE FÄHIGKEITSSTÖRUNGEN ✱

Ziel?	Kategorie	Operationalisiertes Rehabilitationsziel	Ziel erreicht?
<input type="checkbox"/>	Abhängigkeit und Fähigkeitsstörungen in der Ausdauer		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

BEEINTRÄCHTIGUNGEN

Ziel?	Kategorie	Operationalisiertes Rehabilitationsziel	Ziel erreicht?
<input type="checkbox"/>	Beeinträchtigung der Orientierung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ziel?	Kategorie	Operationalisiertes Rehabilitationsziel	Ziel erreicht?
<input type="checkbox"/>	Beeinträchtigung der physischen Unabhängigkeit		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ziel?	Kategorie	Operationalisiertes Rehabilitationsziel	Ziel erreicht?
<input type="checkbox"/>	Beeinträchtigung der Mobilität		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ziel?	Kategorie	Operationalisiertes Rehabilitationsziel	Ziel erreicht?
<input type="checkbox"/>	Beeinträchtigung der Beschäftigung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ziel?	Kategorie	Operationalisiertes Rehabilitationsziel	Ziel erreicht?
<input type="checkbox"/>	Beeinträchtigung der sozialen Integration		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ziel?	Kategorie	Operationalisiertes Rehabilitationsziel	Ziel erreicht?
<input type="checkbox"/>	Beeinträchtigung der ökonomischen Eigenständigkeit		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ziel?	Kategorie	Operationalisiertes Rehabilitationsziel	Ziel erreicht?
<input type="checkbox"/>	Andere Beeinträchtigungen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

REHABILITATIONS-ZIELE □

Bitte wählen Sie zum **Aufnahmezeitpunkt** aus der folgenden Liste möglicher Rehabilitationsziele ca. **3-7 Ziele** aus und beurteilen Sie **bezüglich dieser ausgewählten Ziele** bei **Entlassung** die **Veränderung** gegenüber dem Zustand bei Aufnahme (von **1=sehr deutliche Verbesserung** bis **7=sehr deutliche Verschlechterung**). ◆

Bei **Aufnahme** ausfüllen

Bei **Entlassung** ausfüllen

Bereiche	Ziel?		Falls ja: Veränderung bei Entlassung						
	ja	nein	Sehr deutliche Verbesserung			unverändert		Sehr deutliche Verschlechterung	
			1	2	3	4	5	6	7
Hautsymptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptome der Atemwegsorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptome des Bewegungsapparats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzhäufigkeit und -intensität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beeinträchtigung durch Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alltagsaktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität (i. S. von „sich effektiv in der Alltagsumgebung fortbewegen“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsfähigkeit im Beruf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitale Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstwertgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognitive Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familiäre Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine soziale Integration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheitsinformation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umsetzung des Wissens über die Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheitsbewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Lebensbewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erlernen von Techniken zur Selbstkontrolle/Hilfsmittelbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapiefolgestörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nur für Pneumologische Patienten (Aufnahme) ■

1-Sekundenkapazität FEV1: _____ Liter ■

wenn FEV1 kleiner als 1,5l¹

⇒ 6-Minuten-Gehstrecke _____ m

Spezifischer Atemwegswiderstand: _____ kPa * s

Nur für Dermatologische Patienten (Aufnahme)

Bestimmung des PASI-Scores (wahlweise Ausdruck oder hier eintragen):

Kopf, Stamm, Arme und Beine sind hinsichtlich des prozentualen Befalls jeweils einzeln bis 100% anzusehen. Hinsichtlich der Charakterisierung des Befalls wird jeweils ein Herd (Markerläsionen) am Kopf, an einem Arm, einem Bein und am Stamm beurteilt. ■

Befall	→ Punktzahl	Schuppen / Erythem / Induration →	Punktzahl
< 10%	→ 1	nicht vorhanden	→ 0
10 – 29%	→ 2	gering	→ 1
30 – 49%	→ 3	deutlich	→ 2
50 – 69%	→ 4	ausgeprägt	→ 3
70 – 89%	→ 5	stark	→ 4
80 – 100%	→ 6		

◆	Kopf	Arme	Stamm	Beine
Befall (1–6; s.o.)	_ x 0,1	_ x 0,2	_ x 0,3	_ x 0,4
Befall gesamt	= _ , _ *	= _ , _	= _ , _	= _ , _
Markerläsionen				
Schuppen (S) (0-4; s.o.)	+ _	+ _	+ _	+ _
Erythem (E) (0-4; s.o.)	+ _	+ _	+ _	+ _
Induration (I) (0-4; s.o.)	+ _	+ _	+ _	+ _
Sub-score (S+E+I)	= _ _	= _ _	= _ _	= _ _
Sub-score x Befall gesamt	_ , _ (K)	_ , _ (A)	_ , _ (St)	_ , _ (B)
Pasi-Score (K+A+St+B)	_ _ _ _ , _			

* Die grau hinterlegten Felder müssen nicht ausgefüllt werden

¹ Nur wenn der FEV1-Wert unter 1,5l liegt, wird der 6-Minuten-Gehtest durchgeführt

Nur für Dermatologische Patienten (Aufnahme)

Bestimmung des SCORAD-Index (wahlweise Ausdruck oder hier eintragen): ●

A: Ausmaß der Hautläsionen; Ermittlung: 9er-Regel

Kopf	_____ %	x 0,09 = _____
Linker Arm	_____ %	x 0,09 = _____
Rechter Arm	_____ %	x 0,09 = _____
Linkes Bein	_____ %	x 0,18 = _____
Rechtes Bein	_____ %	x 0,18 = _____
Rumpf-Vorderseite	_____ %	x 0,18 = _____
Rumpf-Rückseite	_____ %	x 0,18 = _____
Genitalbereich	_____ %	x 0,01 = _____

■ $\Sigma =$

B: Intensität einzelner Symptome (0-3)

Score:

Erythem	_____	0 = nicht vorhanden
Ödem- / Papelbildung	_____	1 = gering
Nässen / Krustung	_____	2 = mäßig
Excoriationen	_____	3 = stark
Lichenifikation	_____	
Hauttrockenheit*	_____	$\Sigma =$ <input type="text"/>

*nur in nichtläsionalen Arealen einschätzen

C: Subjektive Symptome (0-10)

Score: visuelle ganzzahlige Analogskala oder entsprechende Befragung

Juckreiz	_____	
Schlaflosigkeit	_____	$\Sigma =$ <input type="text"/>

$A/5 + 7B/2 + C =$ _____ $+$ _____ $+$ _____ $=$ SCORAD $=$ _____

■ Die grau hinterlegten Felder müssen nicht ausgefüllt werden.

Bitte umblättern

BITTE BEI ENTLASSUNG AUSFÜLLEN:

ALLGEMEINE ANGABEN

Entlassdatum:

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Tag / Monat / Jahr



Nur bei erwerbstätigen Pat.

Arbeitsfähig bei Entlassung:

ja

nein

Leistungsfähigkeit *bezogen auf die letzte Tätigkeit**

vollschichtig

mehr als 6 Stunden

3-6 Stunden

weniger als 3 Stunden

Leistungsfähigkeit *bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt**

vollschichtig

mehr als 6 Stunden

3-6 Stunden

weniger als 3 Stunden



Ab hier bitte wieder für alle Pat. ausfüllen!

EINSCHÄTZUNG ZUR SITUATION DES/DER PAT. ZUM REHA-ENDE

Reha-Motivation:

sehr hoch

keine

Subjektive Angaben versus objektive Befunde:

dissimuliert

adäquat

aggraviert

Wie bewerten Sie das Ergebnis der Rehabilitationsbehandlung insgesamt?

ausgezeichnet

sehr schlecht



Nur für Pneumologische Patienten (Reha-Ende)

1-Sekundenkapazität FEV1: _____ Liter

wenn FEV1 kleiner als 1,5l ⇨ 6-Minuten-Gehstrecke _____ m

Spezifischer Atemwegswiderstand: _____ kPa * s

Nur für Dermatologische Patienten (Reha-Ende) ✱

Bestimmung des PASI-Scores (wahlweise Ausdruck oder hier eintragen):

Kopf, Stamm, Arme und Beine sind hinsichtlich des prozentualen Befalls jeweils einzeln bis 100% anzusehen. Hinsichtlich der Charakterisierung des Befalls wird jeweils ein Herd (Markerläsionen) am Kopf, an einem Arm, einem Bein und am Stamm beurteilt.

Befall	→ Punktzahl	Schuppen / Erythem / Induration →	Punktzahl
< 10%	→ 1	nicht vorhanden	→ 0
10 – 29%	→ 2	gering	→ 1
30 – 49%	→ 3	deutlich	→ 2
50 – 69%	→ 4	ausgeprägt	→ 3
70 – 89%	→ 5	stark	→ 4
80 – 100%	→ 6		

✱	Kopf	Arme	Stamm	Beine
Befall (1–6; s.o.)	_ x 0,1	_ x 0,2	_ x 0,3	_ x 0,4
Befall gesamt	= _ , _	= _ , _	= _ , _	= _ , _
Markerläsionen				
Schuppen (S) (0-4; s.o.)	+ _	+ _	+ _	+ _
Erythem (E) (0-4; s.o.)	+ _	+ _	+ _	+ _
Induration (I) (0-4; s.o.)	+ _	+ _	+ _	+ _
Sub-score (S+E+I)	= _ _	= _ _	= _ _	= _ _
Sub-score x Befall gesamt	_ , _ (K)	_ , _ (A)	_ , _ (St)	_ , _ (B)
Pasi-Score (K+A+St+B)	_ _ _ , _			

Die grau hinterlegten Felder müssen nicht ausgefüllt werden.

BITTE UMBLÄTTERN ✱

Nur für Dermatologische Patienten (Reha-Ende)

Bestimmung des SCORAD-Index (wahlweise Ausdruck oder hier eintragen):

A: Ausmaß der Hautläsionen; Ermittlung: 9er-Regel

Kopf	_____ %	x 0,09 = _____
Linker Arm	_____ %	x 0,09 = _____
Rechter Arm	_____ %	x 0,09 = _____
Linkes Bein	_____ %	x 0,18 = _____
Rechtes Bein	_____ %	x 0,18 = _____
Rumpf-Vorderseite	_____ %	x 0,18 = _____
Rumpf-Rückseite	_____ %	x 0,18 = _____
Genitalbereich	_____ %	x 0,01 = _____



Σ =

B: Intensität einzelner Symptome (0-3)

Score ■:

Erythem	_____	0 = nicht vorhanden
Ödem- / Papelbildung	_____	1 = gering
Nässen / Krustung	_____	2 = mäßig
Excoriationen	_____	3 = stark
Lichenifikation	_____	
Hauttrockenheit*	_____	

Σ =

*nur in nichtläsionalen Arealen einschätzen

C: Subjektive Symptome (0-10)

Score: visuelle ganzzahlige Analogskala oder entsprechende Befragung ■

Juckreiz	_____	
Schlaflosigkeit	_____	Σ = <input type="text"/>

A/5 + 7B/2 + C = _____ + _____ + _____ = SCORAD = _____

◆ Die grau hinterlegten Felder müssen nicht ausgefüllt werden.

FORTSETZUNG: EINSCHÄTZUNG ZUR SITUATION DES/DER PAT. ZUM REHA-ENDE

Die numerischen Rating-Skalen sind graduiert wie Schulnoten
(d.h. 1 = keine Einschränkung, gesund; 6 = max. Einschränkung, krank). ●

Somatische Gesundheit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Schmerzen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Funktionsfähigkeit im Alltag	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Funktionsfähigkeit im Beruf	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Psychisches Befinden	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Soziale Integration	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Gesundheitsverhalten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Krankheitsbewältigung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>



BITTE NUR AUSFÜLLEN, FALLS PAT. WÄHREND DER STUDIE ZUM DROP-OUT WIRD

Gründe für die Nichtteilnahme im Studienverlauf (Mehrfachnennungen möglich):

<input type="checkbox"/> Pat. verweigert die weitere Studienteilnahme	<input type="checkbox"/> Abbruch der Maßnahme	<input type="checkbox"/> Verlegung	<input type="checkbox"/> anderes.....
---	---	------------------------------------	---------------------------------------



KOMMENTARE:

.....

.....

