



RhePro: RAID-Fragebogen

1. Kreuzen Sie den Wert an, der am besten beschreibt, wie stark Ihre Schmerzen aufgrund Ihrer rheumatologischen Erkrankung in den letzten 7 Tagen waren.

Keine Schmerzen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extreme 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. Kreuzen Sie den Wert an, der am besten beschreibt, wie groß die Schwierigkeiten waren, die Sie aufgrund Ihrer rheumatologischen Erkrankung bei alltäglichen körperlichen Tätigkeiten in den letzten 7 Tagen hatten.

Keine Schwierigkeiten	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extreme Schwierigkeiten
	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. Kreuzen Sie den Wert an, der am besten beschreibt, wie stark Ihre Müdigkeit aufgrund Ihrer rheumatologischen Erkrankung in den letzten 7 Tagen war.

Keine Müdigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Völlige 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Kreuzen Sie den Wert an, der am besten beschreibt, wie viel Schwierigkeiten Sie mit Schlaf (insbesondere nächtlichem Durchschlafen) aufgrund Ihrer rheumatologischen Erkrankung in den letzten 7 Tagen hatten.

Keine Schwierigkeiten	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extreme Schwierigkeiten
	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. Wie würden Sie Ihr körperliches Wohlbefinden in den letzten 7 Tagen einschätzen, wenn Sie Ihre rheumatologische Erkrankung insgesamt beurteilen? Kreuzen Sie den Wert an, der am besten das Ausmaß Ihres körperlichen Wohlbefindens beschreibt.

Sehr gut	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sehr schlecht
	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6. Wie würden Sie Ihr emotionales Wohlbefinden in den letzten 7 Tagen einschätzen, wenn Sie Ihre rheumatologische Erkrankung insgesamt beurteilen? Kreuzen Sie den Wert an, der am besten das Ausmaß Ihres emotionalen Wohlbefindens beschreibt.

Sehr gut	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sehr schlecht
	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

7. Wie gut konnten Sie in den letzten 7 Tagen mit Ihrer Erkrankung zurechtkommen/umgehen, wenn Sie Ihre rheumatologische Erkrankung insgesamt beurteilen? Kreuzen Sie den zutreffenden Wert an.

Sehr gut	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sehr schlecht
	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8. Aktuelles Gewicht

Bitte geben Sie Ihr aktuelles Gewicht an: _____ kg

9. Schub

Haben Sie aktuell einen akuten Schub (=deutliche Verschlechterung Ihrer rheumatischen Erkrankung, die bereits über mehrere Tage andauert)?

ja

nein

10. Genussmittel

Rauchen Sie aktuell?

ja, gelegentlich

ja, täglich bis zu 5 Zigaretten

ja, täglich mehr als 5 Zigaretten

nein, nicht mehr, vor _____ Jahren aufgehört und für _____ Jahre geraucht.

nein, ich habe nie geraucht

Trinken Sie aktuell Alkohol?

nie

gelegentlich, und zwar ____ Gläser* pro Woche

regelmäßig, und zwar ____ Gläser* pro Woche

* 1 Glas entspricht dabei 0,33l Bier, 1/8 Wein oder einem kleinen (2cl) Schnaps