

Kerndokumentation rheumakranker Kinder- und Jugendlicher 2026

Hier bitte
„Einrichtungsetikett“
aufkleben!

ID-Nr.: Bitte ID-Nummer eintragen, unter welcher Pat. geführt wird!

Hier Etikett für neue / erstmalig dokumentierte Patientinnen und Patienten aufkleben!

Erhebungsdatum	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; text-align: center; font-size: 1.5em; font-weight: bold;" type="text"/> 2 6 (TT/MM/JJ)	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; text-align: center; font-size: 1.5em; font-weight: bold;" type="text"/>		
Geburtsmonat/-jahr	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; text-align: center; font-size: 1.5em; font-weight: bold;" type="text"/> (MM/JJJJ)	Geschlecht	<input type="radio"/> 1 weiblich	<input type="radio"/> 2 männlich
Körpergröße	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; text-align: center; font-size: 1.5em; font-weight: bold;" type="text"/> cm	Körpergewicht	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; text-align: center; font-size: 1.5em; font-weight: bold;" type="text"/> kg	
Erkrankungsbeginn	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; text-align: center; font-size: 1.5em; font-weight: bold;" type="text"/> (MM/JJJJ)	<input type="radio"/> unbekannt		
Diagnosestellung	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; text-align: center; font-size: 1.5em; font-weight: bold;" type="text"/> (MM/JJJJ)	Betreuungsbeginn	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; text-align: center; font-size: 1.5em; font-weight: bold;" type="text"/>	(MM/JJJJ)

Rheumatologische Hauptdiagnose

<input type="radio"/> MCTD	0 1 2	<input type="radio"/> primäres Sjögren-Syndrom	0 0 6
<input type="radio"/> anderes Overlap	0 1 3	<input type="radio"/> sekundäres Sjögren Syndrom	0 0 7
<input type="radio"/> Kollagenose, nicht klassifiziert	0 1 6		

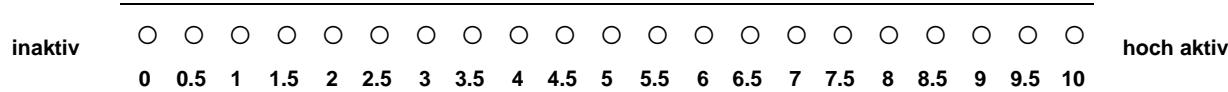
Diagnosesicherheit \bigcirc_1 gesichert \bigcirc_2 Verdacht

Weitere rheumatologische Diagnosen

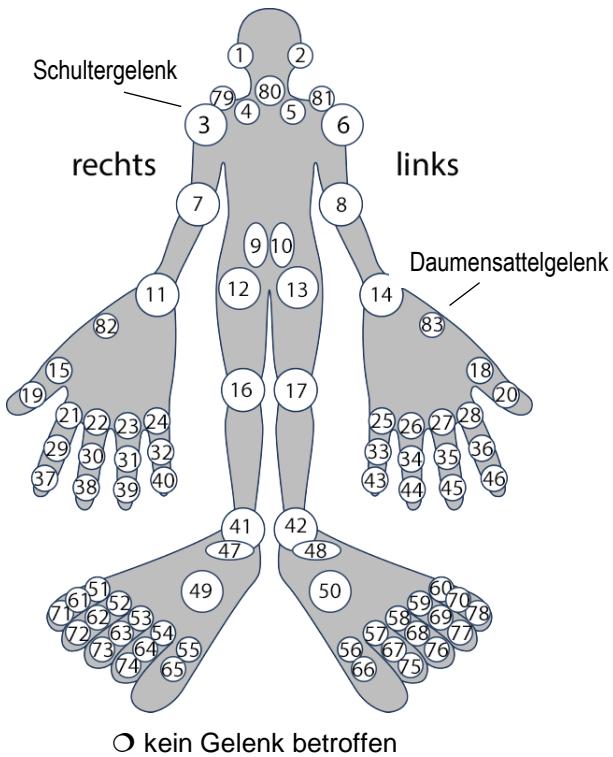
Bitte beachten: aktuell = Therapie zum jetzigen Zeitpunkt einschl. Neuverordnungen am Tag der Dokumentation, ausschl. heute abgesetzt									
Allgemeine Therapie	aktuell	letzte		DMARD-Therapie	aktuell	Beginn:		letzte	
		12 Mon.	12 Mon.			Monat/Jahr	12 Mon.		
NSAR	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		HCQ/CQ	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glukokortikoide, systemisch:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	mg/Tag	MTX	aktuell: <input checked="" type="radio"/> oral <input type="radio"/> s.c.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
< 0,2 mg pro kg Körpergewicht		<input type="checkbox"/>		Azathioprin	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
≥ 0,2 mg pro kg Körpergewicht		<input type="checkbox"/>		Mycophenolat-Mofetil	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.v. Pulstherapie*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cyclophosphamid					
Antihypertensiva	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		aktuell: <input checked="" type="radio"/> oral <input type="radio"/> i.v.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ACE-Hemmer, AT-Bl., Ca-Antag.)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		Tocilizumab	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostaglandin-Analogon	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		Abatacept	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endothelinrezeptorantagonist	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		andere	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protonenpumpenhemmer	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamin D	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		keine DMARD-Therapie	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>			
keine Therapie	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>							

*Bitte kumulative Anzahl der i.v. Pulse in den letzten 12 Monaten angeben.

Wie aktiv ist die Krankheit im Augenblick?



Labor jemals	positiv	negativ	n. b.	Labor aktuell		
ANA Titer 1: _ _ _ _	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	C3 vermindert:		
dsDNA-Ak	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1 ja	<input type="radio"/> 2 nein	<input type="radio"/> 3 nicht bestimmt
Anti-Ro/SS-A	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3			
Anti-La/SS-B	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	C4 vermindert:		
Anti-Sm	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1 ja	<input type="radio"/> 2 nein	<input type="radio"/> 3 nicht bestimmt
Anti-U1 RNP	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3			
Anti-Scl70	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	Creatinkinase erhöht:		
Anti-Centromer	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1 ja	<input type="radio"/> 2 nein	<input type="radio"/> 3 nicht bestimmt
Anti-Jo-1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3			
Rheumafaktoren	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	Hb , g/dl		<input type="radio"/> nicht bestimmt
Anti-Cardiolipin	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3			
Lupus-Antikoagulans	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	BSG mm/h (1. Std.)	<input type="radio"/> nicht bestimmt	
Anti-β 2-Glycoprotein	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	CRP , mg/l	<input type="radio"/> neg.	<input type="radio"/> n

Klinische Befunde		pathologisch bzw. vorhanden			pathologisch bzw. vorhanden		
		aktuell	jemals	nie	aktuell	jemals	nie
Haut							
Sklerödem		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Schmetterlingserythem		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Sklerodaktylie/Akrosklerose		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Kalzinose		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Heliotroper Ausschlag		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Gottron-Papeln		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwollene Finger/Hände		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Haarausfall		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäße							
Vaskulitis		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Livedo reticularis		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Raynaud		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Digitaler Infarkt/Digitaler Lochfraß		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Kapillarmikroskopie pathologisch		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Gastrointestinaler Bereich							
Gewichtsverlust		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Dysphagie		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrhöe, Verstopfung		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Gastroösophagealer Reflux		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Hypomotilität Ösophagus		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwege							
Husten		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Dyspnoe		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Pleuritis		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Basale Knistergeräusche		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Fortsetzung Atemwege							
DLCO < 70% der Norm		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Forcierte Vitalkapazität (FVC) < 80%		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Lungen-HRCT		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmonale Hypertonie		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren							
Blutdruck erhöht		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenkrise		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Herz							
Perikarditis		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinsuffizienz		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologisch							
Krampfanfälle		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Karpaltunnel-Syndrom		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Periphere Neuropathie		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Trigeminus-Neuralgie		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
ZNS-MRT pathologisch		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Muskuloskeletthal							
Muskelkraft reduziert		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Reibung der Sehnen		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Arthralgie		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Myositis		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Myogene Zeichen im EMG		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenke mit Arthritis, aktuell							
							
<i>Nur bei Patientinnen/Patienten mit Sjögren auszufüllen!</i>							
Klinische Befunde							
		pathologisch bzw. vorhanden			pathologisch bzw. vorhanden		
		aktuell	jemals	nie	aktuell	jemals	nie
Rekurrierende Parotitis oder Parotisschwellung		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Rekurrierende Konjunktivitis		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Rekurrierende Vaginitis		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Systemisch: Fieber unklarer Genese, Arthralgien, hypokaliämische Paralyse, Bauchschmerzen		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Okuläre Trockenheit (Färbung oder Schirmer Test)		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Abnormale Sialographie		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Serum-Amylase		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Leukopenie oder erhöhte BSG		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Renal tubuläre Azidose		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Lymphozytäre Infiltration Speicheldrüsen oder Organe		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>