

AAS

(Angioödemaktivitätsscore)


Angioödemaktivitätsdokumentation

Patientenname: _____

Datum des Ausfüllens (TT.MM.JJJJ): ____ ____ _____

Woche 1:

Anleitung: Bitte dokumentieren Sie einmal täglich rückblickend Ihre Beschwerden. Beziehen Sie sich dabei jeweils auf die vergangenen 24 Stunden. Beantworten Sie bitte alle Fragen möglichst vollständig.

		Tag						
		1	2	3	4	5	6	7
Hatten Sie in den letzten 24 Stunden eine Schwellung?	nein							
	ja							
 Bitte die folgenden Zeilen jeweils nur ausfüllen, wenn in den letzten 24 Stunden eine Schwellung aufgetreten ist!								
In welchem Zeitraum/Zeiträumen bestand(en) die Schwellung(en)? <small>(bitte alle zutreffenden Zeiträume auswählen)</small>	0 - 8 Uhr							
	8 - 16 Uhr							
	16 - 24 Uhr							
Wie stark sind oder waren die durch die Schwellung(en) bedingten körperlichen Beschwerden (z.B. Schmerzen, Brennen, Juckreiz)?	keine							
	leicht							
	mittel							
	stark							
Können oder konnten Sie durch die aktuelle(n) Schwellung(en) Ihre alltäglichen Tätigkeiten verrichten?	keine Einschränkung							
	leichte Einschränkung							
	starke Einschränkung							
	Tätigkeiten nicht möglich							
Fühlen oder fühlten Sie sich durch die aktuelle(n) Schwellung(en) kosmetisch beeinträchtigt?	nein							
	leicht							
	mittel							
	stark							
Als wie stark würden Sie die aktuelle Schwellung insgesamt bewerten?	vernachlässigbar							
	leicht							
	mittel							
	stark							

This document must not be copied or used without the permission of MOXIE GmbH. For scientific or commercial use or in case a translation / cross cultural adaptation is intended, please check the terms and conditions on www.moxie-gmbh.de.


AAS

(Angioödemaktivitätsscore)

Angioödemaktivitätsdokumentation

Woche 2:

Anleitung: Bitte dokumentieren Sie einmal täglich rückblickend Ihre Beschwerden. Beziehen Sie sich dabei jeweils auf die vergangenen 24 Stunden. Beantworten Sie bitte alle Fragen möglichst vollständig.

		Tag						
		1	2	3	4	5	6	7
Hatten Sie in den letzten 24 Stunden eine Schwellung?	nein							
	ja							
 Bitte die folgenden Zeilen jeweils nur ausfüllen, wenn in den letzten 24 Stunden eine Schwellung aufgetreten ist!								
In welchem Zeitraum/Zeiträumen bestand(en) die Schwellung(en)? <small>(bitte alle zutreffenden Zeiträume auswählen)</small>	0 - 8 Uhr							
	8 - 16 Uhr							
	16 - 24 Uhr							
Wie stark sind oder waren die durch die Schwellung(en) bedingten körperlichen Beschwerden (z.B. Schmerzen, Brennen, Juckreiz)?	keine							
	leicht							
	mittel							
	stark							
Können oder konnten Sie durch die aktuelle(n) Schwellung(en) Ihre alltäglichen Tätigkeiten verrichten?	keine Einschränkung							
	leichte Einschränkung							
	starke Einschränkung							
	Tätigkeiten nicht möglich							
Fühlen oder fühlten Sie sich durch die aktuelle(n) Schwellung(en) kosmetisch beeinträchtigt?	nein							
	leicht							
	mittel							
	stark							
Als wie stark würden Sie die aktuelle Schwellung insgesamt bewerten?	vernachlässigbar							
	leicht							
	mittel							
	stark							

This document must not be copied or used without the permission of MOXIE GmbH. For scientific or commercial use or in case a translation / cross cultural adaptation is intended, please check the terms and conditions on www.moxie-gmbh.de.


AAS

(Angioödemaktivitätsscore)

Angioödemaktivitätsdokumentation

Woche 3:

Anleitung: Bitte dokumentieren Sie einmal täglich rückblickend Ihre Beschwerden. Beziehen Sie sich dabei jeweils auf die vergangenen 24 Stunden. Beantworten Sie bitte alle Fragen möglichst vollständig.

		Tag						
		1	2	3	4	5	6	7
Hatten Sie in den letzten 24 Stunden eine Schwellung?	nein							
	ja							
 Bitte die folgenden Zeilen jeweils nur ausfüllen, wenn in den letzten 24 Stunden eine Schwellung aufgetreten ist!								
In welchem Zeitraum/Zeiträumen bestand(en) die Schwellung(en)? <small>(bitte alle zutreffenden Zeiträume auswählen)</small>	0 - 8 Uhr							
	8 - 16 Uhr							
	16 - 24 Uhr							
Wie stark sind oder waren die durch die Schwellung(en) bedingten körperlichen Beschwerden (z.B. Schmerzen, Brennen, Juckreiz)?	keine							
	leicht							
	mittel							
	stark							
Können oder konnten Sie durch die aktuelle(n) Schwellung(en) Ihre alltäglichen Tätigkeiten verrichten?	keine Einschränkung							
	leichte Einschränkung							
	starke Einschränkung							
	Tätigkeiten nicht möglich							
Fühlen oder fühlten Sie sich durch die aktuelle(n) Schwellung(en) kosmetisch beeinträchtigt?	nein							
	leicht							
	mittel							
	stark							
Als wie stark würden Sie die aktuelle Schwellung insgesamt bewerten?	vernachlässigbar							
	leicht							
	mittel							
	stark							

This document must not be copied or used without the permission of MOXIE GmbH. For scientific or commercial use or in case a translation / cross cultural adaptation is intended, please check the terms and conditions on www.moxie-gmbh.de.


AAS

(Angioödemaktivitätsscore)

Angioödemaktivitätsdokumentation

Woche 4:

Anleitung: Bitte dokumentieren Sie einmal täglich rückblickend Ihre Beschwerden. Beziehen Sie sich dabei jeweils auf die vergangenen 24 Stunden. Beantworten Sie bitte alle Fragen möglichst vollständig.

		Tag						
		1	2	3	4	5	6	7
Hatten Sie in den letzten 24 Stunden eine Schwellung?	nein							
	ja							
 Bitte die folgenden Zeilen jeweils nur ausfüllen, wenn in den letzten 24 Stunden eine Schwellung aufgetreten ist!								
In welchem Zeitraum/Zeiträumen bestand(en) die Schwellung(en)? (bitte alle zutreffenden Zeiträume auswählen)	0 - 8 Uhr							
	8 - 16 Uhr							
	16 - 24 Uhr							
Wie stark sind oder waren die durch die Schwellung(en) bedingten körperlichen Beschwerden (z.B. Schmerzen, Brennen, Juckreiz)?	keine							
	leicht							
	mittel							
	stark							
Können oder konnten Sie durch die aktuelle(n) Schwellung(en) Ihre alltäglichen Tätigkeiten verrichten?	keine Einschränkung							
	leichte Einschränkung							
	starke Einschränkung							
	Tätigkeiten nicht möglich							
Fühlen oder fühlten Sie sich durch die aktuelle(n) Schwellung(en) kosmetisch beeinträchtigt?	nein							
	leicht							
	mittel							
	stark							
Als wie stark würden Sie die aktuelle Schwellung insgesamt bewerten?	vernachlässigbar							
	leicht							
	mittel							
	stark							

This document must not be copied or used without the permission of MOXIE GmbH. For scientific or commercial use or in case a translation / cross cultural adaptation is intended, please check the terms and conditions on www.moxie-gmbh.de.