

# Corona-Impfung bei Rheuma-PatientInnen

## Angaben des Patienten/der Patientin:

**Geburtsjahr:**

## Geschlecht:

Weiblich       Männlich       Divers       Keine Angabe

## In welchem Bundesland wohnen Sie?

<input type="checkbox"/> Brandenburg	<input type="checkbox"/> Berlin	<input type="checkbox"/> Baden-Württemberg	<input type="checkbox"/> Bayern
<input type="checkbox"/> Bremen	<input type="checkbox"/> Hamburg	<input type="checkbox"/> Hessen	<input type="checkbox"/> Mecklenburg-Vorpommern
<input type="checkbox"/> Niedersachsen	<input type="checkbox"/> Nordrhein-Westfalen	<input type="checkbox"/> Rheinland-Pfalz	<input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein
<input type="checkbox"/> Saarland	<input type="checkbox"/> Sachsen	<input type="checkbox"/> Sachsen-Anhalt	<input type="checkbox"/> Thüringen

## Unter welcher Rheuma-Erkrankung leiden Sie?

<input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/> Morbus Bechterew	<input type="checkbox"/> Psoriasis Arthritis (Schuppenflechte)	<input type="checkbox"/> Arthritis bei Darmerkrankung wie z.B. Colitis ulcerosa/M. Crohn
<input type="checkbox"/> Myositis (Muskelentzündung)	<input type="checkbox"/> Sjögren-Syndrom	<input type="checkbox"/> Systemischer Lupus	<input type="checkbox"/> Systemische Sklerose (Sklerodermie)
<input type="checkbox"/> Granulomatose mit Polyangiitis (früher Morbus Wegener)	<input type="checkbox"/> Eosinophile GPA (früher Churg-Strauss-Vaskulitis)	<input type="checkbox"/> Mikroskopische Polyangiitis	<input type="checkbox"/> Polymyalgia rheumatica
<input type="checkbox"/> Großgefäßvaskulitis (z.B. Riesenzellarteriitis, Arteriitis temporalis)	<input type="checkbox"/> Panarteriitis nodosa	<input type="checkbox"/> Behcet-Erkrankung	<input type="checkbox"/> Sarkoidose
<input type="checkbox"/> Fibromyalgie	<input type="checkbox"/> Arthrose	<input type="checkbox"/> Andere hier nicht genannte Rheumaerkrankung	Welche Erkrankung?

## Welches Rheuma-Medikament erhalten Sie?

<input type="checkbox"/> Kortison (Prednisolon)	<input type="checkbox"/> Keine Rheuma-Medikamente		
<input type="checkbox"/> Methotrexat (z.B. Lantarel, Metex, Trexjet)	<input type="checkbox"/> Azathioprin (z.B. Imurek)	<input type="checkbox"/> Ciclosporin A (z.B. Sandimmun)	<input type="checkbox"/> Leflunomid (z.B. Arava)
<input type="checkbox"/> Hydroxychloroquin (z.B. Quensyl)	<input type="checkbox"/> Sulfasalazin (z.B. Pleon RA)	<input type="checkbox"/> Baricitinib (Olumiant)	<input type="checkbox"/> Tofacitinib (Xeljanz)
<input type="checkbox"/> Upadacitinib (Rinvoq)	<input type="checkbox"/> Filgotinib (Jyseleca)	<input type="checkbox"/> Adalimumab (z.B. Humira, Amgevita, Imraldi, Hyrimoz, Idacio)	<input type="checkbox"/> Infliximab (z.B. Remicade, Remsima, Flixabi)
<input type="checkbox"/> Certolizumab (Cimzia)	<input type="checkbox"/> Golimumab (Simponi)	<input type="checkbox"/> Etanercept (z.B. Benepali, Erelzi, Enbrel)	<input type="checkbox"/> Secukinumab (Cosentyx)
<input type="checkbox"/> Ixekizumab (Taltz)	<input type="checkbox"/> Tocilizumab (RoActemra)	<input type="checkbox"/> Sarilumab (Kevzara)	<input type="checkbox"/> Abatacept (Orencia)
<input type="checkbox"/> Rituximab (z.B. Mabthera, Truxima)	<input type="checkbox"/> Ustekinumab (Stelara)	<input type="checkbox"/> Belimumab (Benlysta)	<input type="checkbox"/> Mycophenolat-Mofetil (z.B. CellCept)
<input type="checkbox"/> Cyclophosphamid (Endoxan)	<input type="checkbox"/> Immunglobuline (z.B. Privigen, Kiovig, Intratec)	<input type="checkbox"/> Anakinra (Kineret)	<input type="checkbox"/> Canakinumab (Ilaris)
<input type="checkbox"/> Apremilast (Otelza)	<input type="checkbox"/> Guselkumab (Tremfya)	<input type="checkbox"/> Anderes hier nicht genanntes Rheuma-Medikament	Welches Rheuma-Medikament?

**An wie vielen Tagen hatten Sie Rheuma-Schübe mit Änderungen Ihrer Rheumatherapie in den letzten 12 Monaten?**

(z.B. Kortisonstoß, Änderung der Rheuma-Medikamente oder der Dosis)

Bitte geben Sie eine Zahl zwischen 0-365 an:

**Wo werden Sie hauptsächlich rheumatologisch betreut?**

Rheumapraxis	<input type="checkbox"/>
Ambulanz einer Rheumaklinik	<input type="checkbox"/>
Ich habe keine/n Rheumatologen/in	<input type="checkbox"/>

**Leiden Sie unter einer der unten genannten Begleiterkrankungen?**

(Mehrfachantworten möglich)

<input type="checkbox"/> Kardiovaskuläre Erkrankung (z.B. Herzschwäche, verkalkte Herzkranzgefäße, Herzinfarkt)	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Lungenfibrose (Vernarbung des Lungengewebes)
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen (z.B. Vorhofflimmern, AV-Block)	<input type="checkbox"/> Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> Chronisches Nierenleiden	<input type="checkbox"/> Leberversagen
<input type="checkbox"/> COPD (dauerhaft atemwegsverengende Lungenerkrankung)	<input type="checkbox"/> Osteoporose (poröser Knochen im Alter)	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Zuckererkrankung)	<input type="checkbox"/> Depression
<input type="checkbox"/> Lungenhochdruck (pulmonal arterielle Hypertonie)	<input type="checkbox"/> Keine der genannten Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Andere hier nicht genannte Begleiterkrankung	Welche Erkrankung?

**Haben Sie eine der folgenden Impfungen erhalten?**

(Mehrfachantworten möglich)

<input type="checkbox"/> Gripeschutzimpfung (Influenza)	<input type="checkbox"/> Pneumokokkenimpfung (Lungenentzündung)	<input type="checkbox"/> Tuberkuloseimpfung	<input type="checkbox"/> Masern, Mumps, Röteln
<input type="checkbox"/> Gürtelrose (Shingrix®)	<input type="checkbox"/> Diphtherie/Pertussis/Tetanus	<input type="checkbox"/> Keine Impfungen	<input type="checkbox"/> Ja, weiß aber nicht welche Impfung
<input type="checkbox"/> Andere hier nicht genannte Impfungen	Welche Impfung/en?		

**Traten nach diesen Impfung/diesen Impfungen Nebenwirkungen auf?**

Ja  Nein  Unbekannt  Trifft nicht zu, da ich keine Impfung erhalten habe

**Wenn ja, welche Nebenwirkungen waren das? (Mehrfachantworten möglich)**

<input type="checkbox"/> Schmerzen an der Einstichstelle	<input type="checkbox"/> Fieber über 38,5°C	<input type="checkbox"/> Starke Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit
<input type="checkbox"/> Schüttelfrost	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen
<input type="checkbox"/> Allergische Reaktion	<input type="checkbox"/> Rheumaschub		

**Wann wurden Sie gegen Corona geimpft?**

Datum der 1. Corona-Impfung	Datum der 2. Impfung

**Mit welchem Corona-Impfstoff wurden Sie geimpft?**

<input type="checkbox"/> Moderna (COVID-19 Vaccine Moderna®) - mRNA-Impfstoff	<input type="checkbox"/> Biontech/Pfizer (Comirnaty®) - mRNA-Impfstoff
<input type="checkbox"/> AstraZeneca/Uni Oxford (AZD1222®) – Vektorimpfstoff	<input type="checkbox"/> Johnson & Johnson (Ad26.COV2.S®) – Vektorimpfstoff
<input type="checkbox"/> Ich weiß es nicht	

### Waren Sie bereits an Corona erkrankt?

 Nein

 Ja, wann:

### Wie haben Sie sich über die Corona-Impfung informiert?

(Mehrfachantworten möglich)

<input type="checkbox"/> Persönliches Umfeld	<input type="checkbox"/> Zeitung	<input type="checkbox"/> Nachrichten im TV	<input type="checkbox"/> Soziale Netzwerke (z.B. Facebook, Twitter)
<input type="checkbox"/> Online-Recherche	<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> Über meine/n Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/> Ich habe mich nicht informiert
<input type="checkbox"/> Selbsthilfe-Gruppen	<input type="checkbox"/> Andere Informationsquelle Welche andere Informationsquelle?		

### Warum haben Sie sich gegen Corona impfen lassen?

(Mehrfachantworten möglich)

<input type="checkbox"/> Weil ich nicht an Corona erkranken möchte	<input type="checkbox"/> Weil ich zur Risikogruppe gehöre
<input type="checkbox"/> Weil ich selbst im Gesundheitswesen arbeite	<input type="checkbox"/> Weil ich selbst in einem kritischen Bereich arbeite
<input type="checkbox"/> Schutz von Angehörigen/Freunden/Patienten	<input type="checkbox"/> Sonstige Gründe Welche anderen Gründe?

### Haben Sie Bedenken bezüglich der Corona-Impfung?

  
keine

  
wenig

  
mäßig

  
viel

  
sehr viel

### Wenn Sie Bedenken haben, warum haben Sie diese? (Mehrfachantworten möglich)

<input type="checkbox"/> Neuer Impfstoff	<input type="checkbox"/> Langzeitfolgen des Impfstoffs	<input type="checkbox"/> Veränderung der eigenen DNA (Erbgut) durch die Impfung	<input type="checkbox"/> Keine Wirkung der Impfung bei mir
<input type="checkbox"/> Mögliche Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/> Rheumaschub nach der Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ich wurde nicht ausreichend aufgeklärt	

### Haben Sie aufgrund der Corona-Impfung Ihr Rheuma-Medikament pausiert oder gestreckt?

 Nein

 Ja, auf Empfehlung meines/r Rheumatologen/in pausiert

 Ja, selbstständig pausiert

 Ja, auf Empfehlung meines/r Rheumatologen/in Medikament gestreckt

 Ja, selbstständig gestreckt

### Wenn Sie Ihr/e Rheuma-Medikamente pausiert haben, wie lange haben Sie Ihre Medikamente pausiert? (Mehrfachantworten möglich)

<input type="checkbox"/> ich habe nicht pausiert	<input type="checkbox"/> Rat von Freunden/Bekanntem	<input type="checkbox"/> Ich habe das auch bereits bei anderen Impfungen so gehandhabt
	<input type="checkbox"/> Aus Angst	<input type="checkbox"/> Andere Gründe Welche Gründe?

### Wenn Sie Ihr/e Rheuma-Medikamente pausiert haben, wie lange haben Sie Ihre Medikamente pausiert? (Mehrfachantworten möglich)

<input type="checkbox"/> Ich habe nicht pausiert	<input type="checkbox"/> 1 Woche <u>vor</u> der Impfung	<input type="checkbox"/> 1 Woche <u>nach</u> der Impfung
	<input type="checkbox"/> 2 Woche <u>vor</u> der Impfung	<input type="checkbox"/> 2 Woche <u>nach</u> der Impfung
	<input type="checkbox"/> Länger als 2 Woche <u>vor</u> der Impfung	<input type="checkbox"/> Länger als 2 Woche <u>nach</u> der Impfung

### Traten nach der Corona-Impfung Nebenwirkungen auf?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
<b>Wenn Nebenwirkungen auftraten, welche Nebenwirkungen waren das? (Mehrfachantworten möglich)</b>			
<input type="checkbox"/> Schmerzen an der Einstichstelle	<input type="checkbox"/> Fieber über 38,5°C	<input type="checkbox"/> Starke Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit
<input type="checkbox"/> Schüttelfrost	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen
<input type="checkbox"/> Allergische Reaktion	<input type="checkbox"/> Andere Nebenwirkungen Welche andere Nebenwirkung?		
<b>Wenn ja, wie viele Tage hielten die Nebenwirkungen an?</b>		_____ Tage	

### Kam es nach der Impfung zu einem Rheuma-Schub?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein								
<b>Wenn ja, wie viele Tage nach der Impfung kam es zu einem Schub?</b>									
<input type="checkbox"/> Nach der 1. Impfung: _____ Tage	<input type="checkbox"/> Nach der 2. Impfung: _____ Tage								
<b>Wenn ja, wie stark war der Rheuma-Schub?</b>									
Schubstärke:									
<input type="checkbox"/> 1 sehr leicht	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10 sehr schwer
<b>Wenn ja, wie viele Tage hat der Schub angehalten?</b>									
<input type="checkbox"/> Nach der 1. Impfung: _____ Tage	<input type="checkbox"/> Nach der 2. Impfung: _____ Tage								
<b>Wenn ja, mussten Sie aufgrund des Rheuma-Schubes Ihre Rheuma-Medikamente ändern bzw. mussten die Rheuma-Medikamente geändert werden?</b>									
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, nur leichte Änderungen (z.B. Erhöhung des Prednisolons um 5 mg/Tag, vorübergehender Einsatz von entzündungshemmenden Schmerzmedikamenten, wie z.B. Ibuprofen, Diclofenac)								
	<input type="checkbox"/> Ja, ich musste das Prednisolon (Kortison) um mehr als 5 mg/Tag erhöhen								
	<input type="checkbox"/> Ja, ich habe zu dem bestehenden Rheumamedikament ein weiteres Rheumamedikament bekommen								
	<input type="checkbox"/> Ja, ich habe ein neues Rheumamedikament bekommen								

### Werden Sie die Hygienemaßnahmen (z.B. Mund-Nasen-Schutz, Hände-Desinfektion) genauso wie vor der Impfung fortführen?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

### Vielen Dank für Ihre Teilnahme und Unterstützung!

Bitte geben Sie den Fragebogen bei Ihrer/Ihrem Rheumatologin/en ab.

oder senden Sie den Fragebogen per Fax an:

06032/996-2104

oder per Mail an:

mail@covid19-rheuma.de

oder per Post an:



Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim  
Abt. für Rheumatologie & Klinische Immunologie  
z. Hd. Dr. R. Hasseli  
Benekestraße 2-8, 61231 Bad Nauheim