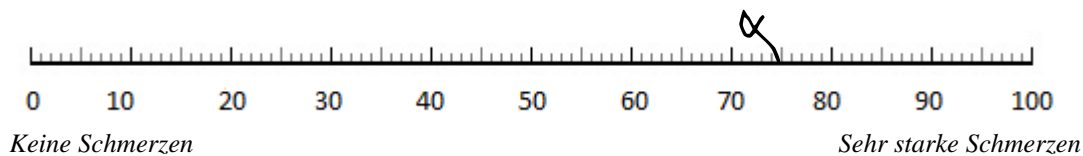


Unique patient number:

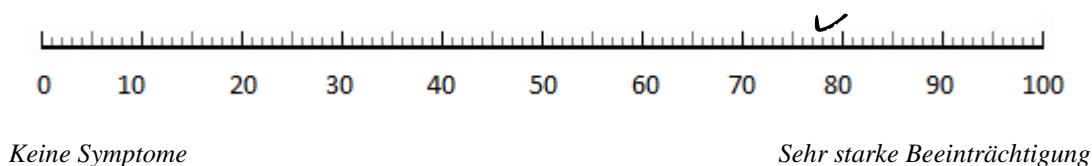
Date:

[Handwritten signature]

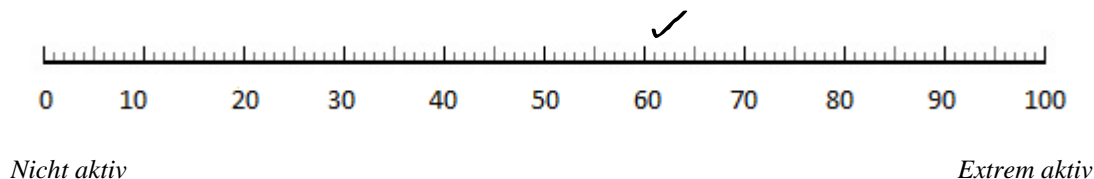
1. Außerdem möchten wir gerne wissen, ob Sie auf Grund Ihrer Sklerodermie an Schmerzen leiden oder nicht. Wie stark waren Ihre Schmerzen auf Grund Ihrer Krankheit **IM VERLAUF DER LETZTEN 7 TAGE**?



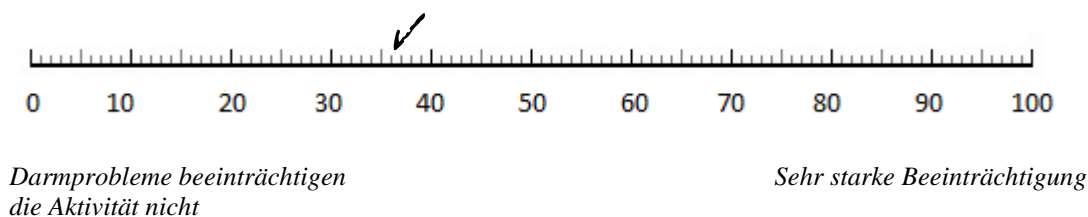
2. Wenn Sie insgesamt bedenken, wie stark die Schmerzen, die körperlichen Beschwerden, die Einschränkungen in Ihrem täglichen Leben und andere Veränderungen an Ihrem Körper und in Ihrem Leben sind, als wie schwer würden sie Ihre Krankheit heute bewerten?



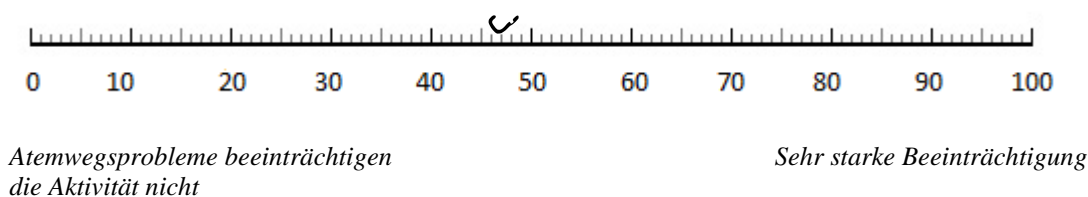
3. Wie aktiv ist Ihre Arthritis in der letzten Woche?



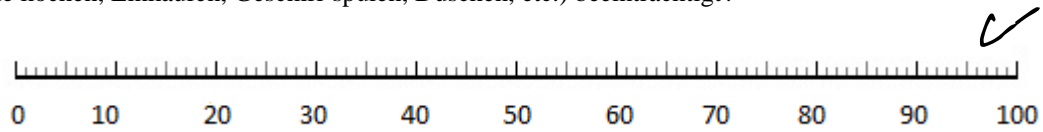
4. Wie stark haben Ihre Darmprobleme **IM VERLAUF DER LETZTEN 7 TAGE** Ihre täglichen Aktivitäten (wie kochen, Einkaufen, Geschirr spülen, Duschen, etc.) beeinträchtigt?



5. Wie stark haben Ihre Atemwegsprobleme **IM VERLAUF DER LETZTEN 7 TAGE** Ihre täglichen Aktivitäten (wie kochen, Einkaufen, Geschirr spülen, Duschen, etc.) beeinträchtigt?



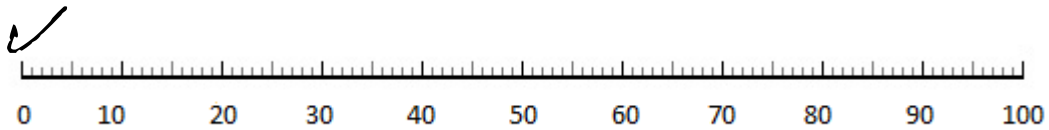
6. Wie stark hat das Raynaud-Syndrom **IM VERLAUF DER LETZTEN 7 TAGE** Ihre täglichen Aktivitäten (wie kochen, Einkaufen, Geschirr spülen, Duschen, etc.) beeinträchtigt?



*Raynaud-Syndrom beeinträchtigen
die Aktivität nicht*

Sehr starke Beeinträchtigung

7. Wie stark haben Ihre offenen Stellen (Ulzera) an den Fingern **IM VERLAUF DER LETZTEN 7 TAGE** Ihre täglichen Aktivitäten (wie kochen, Einkaufen, Geschirr spülen, Duschen, etc.) beeinträchtigt?



*Offene Stellen beeinträchtigen
die Aktivität nicht*

Sehr starke Beeinträchtigung

[Handwritten signature]