

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