

Hier bitte  
„Einrichtungsetikett“  
aufkleben!

**ID-Nr.:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
Bitte ID-Nummer eintragen unter welcher Pat. geführt wird - nur Nummern ab 2000!  
  
Hier bitte Etikett für neue / erstmalig dok. Patienten aufkleben!

## Fragebogen für Eltern rheumakranker Kinder (Patienten unter 13 Jahre)

Wie Sie dem Informationsblatt entnommen haben, möchten wir Sie bitten, den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen. **Bitte versuchen Sie, jede Frage zu beantworten.**

**Seit wann hat Ihr Kind seine rheumatischen Beschwerden?**

\_\_\_\_\_  
Monat/Jahr

Hier bitte nichts eintragen!


**Wann wurde Ihr Kind zum ersten Mal durch einen Kinder-rheumatologen betreut?**

(ambulant oder im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes)

\_\_\_\_\_  
Monat/Jahr

**Seit wann wird Ihr Kind in dieser Ambulanz/Sprechstunde betreut?** Gilt nur für ambulant behandelte Patienten.

\_\_\_\_\_  
Monat/Jahr

**Wurde Ihr Kind wegen seiner rheumatischen Erkrankung bereits operiert?**

Gelenkpunktionen bitte nicht mitzählen.

nein       ja, und zwar: 

--	--	--

 Mal

**Hat Ihr Kind in den letzten 4 Wochen wegen seiner rheumatischen Krankheit im Kindergarten oder in der Schule gefehlt?**

nein       ja, und zwar: 

--	--	--

 Tage

**War Ihr Kind in den letzten 12 Monaten wegen seiner rheumatischen Krankheit stationär im Krankenhaus?**

nein       ja, und zwar: 

--	--	--

 Wochen und 

--

 Tage

**Welche der folgenden Behandlungen hat Ihr Kind in den letzten 12 Monaten erhalten?**

Bitte geben Sie nur solche Behandlungen an, die **durch einen Arzt** verordnet worden sind und die Ihr Kind ambulant, also **nicht** während eines Krankenhaus- oder Kuraufenthaltes, erhalten hat.

- Krankengymnastik (einzeln oder in der Gruppe)
- Bewegungsbad (einzeln oder in der Gruppe)
- Ergotherapie (z.B. Gelenkschutzberatung, Hilfsmittel)
- mein Kind hat **keine** derartige Behandlung erhalten

**Haben Sie oder Ihr Kind in den letzten 12 Monaten an einem Eltern-/Patientenschulungsprogramm teilgenommen?**

Zum Beispiel an einem Schulungswochenende der Rheuma-Liga oder während eines Krankenhaus- oder Kuraufenthaltes.

nein       ja

**Verwendet Ihr Kind orthopädische Hilfsmittel?**

- nein       ja, und zwar:
- Schienen oder Bandagen (z.B. Kniegelenkbandagen, Handgelenkschienen)
  - orthopädische Schuhe
  - Halsmanschette
  - Einlagen/Sohlenerhöhung

Bitte beantworten Sie uns die folgenden zwei Fragen zum Thema Impfungen.

**Wurde Ihr Kind in den letzten 12 Monaten gegen Grippe geimpft?**

nein       ja

**Wurde Ihr Kind jemals gegen Pneumokokken geimpft?**

nein       ja

Mit Hilfe der nachfolgenden Fragen möchten wir erfahren, wie stark Ihr Kind im Alltag durch seine rheumatische Erkrankung beeinträchtigt ist. Kreuzen Sie bitte jeweils nur die Antwort an, die am besten seine Möglichkeiten in der vergangenen Woche beschreibt. Notieren Sie bitte nur die auf der Erkrankung beruhenden Schwierigkeiten und Beeinträchtigungen. Wenn Ihr Kind eine der unten aufgeführten Tätigkeiten üblicherweise noch nicht ausführen kann, weil es zu jung ist, dann kreuzen Sie bitte „trifft nicht zu“ an.

	problem- los	leicht erschwert	stark erschwert	nicht möglich	trifft nicht zu
<b>1. Anziehen und Körperpflege</b>					
Kann Ihr Kind sich allein:					
• anziehen, die Schnürsenkel binden, Knöpfe schließen oder öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• die Haare waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• die Socken an- oder ausziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• die Fingernägel schneiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Aufstehen</b>					
Kann Ihr Kind:					
• von einem niedrigen Stuhl oder vom Boden aufstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sich ins Bett legen, aus dem Bett aufstehen oder sich im Laufstall aufrichten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Essen und Trinken</b>					
Kann Ihr Kind allein:					
• bei Tisch ein Messer zum Schneiden benutzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• eine Tasse oder ein Glas zum Mund führen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• eine neue Packung Cornflakes oder Müsli öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Gehen</b>					
Kann Ihr Kind allein:					
• draußen auf ebenem Boden gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• fünf Stufen hinaufgehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Körperpflege</b>					
Kann Ihr Kind allein:					
• sich am ganzen Körper waschen und abtrocknen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• baden (in die Wanne ein- und aussteigen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• auf die Toilette bzw. aufs Töpfchen gehen und wieder aufstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sich die Zähne putzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sich die Haare kämmen oder bürsten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Erreichen von Gegenständen</b>					
Kann Ihr Kind:					
• einen schweren Gegenstand, z.B. ein großes Spiel oder Bücher, über Kopfhöhe erreichen und herunterholen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sich bücken, um ein Kleidungsstück oder ein Blatt Papier vom Boden aufzuheben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• einen Pullover über den Kopf anziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• den Kopf drehen, um über die Schulter zurückzuschauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Greifen</b>					
Kann Ihr Kind:					
• mit Kugelschreiber oder Bleistift schreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autotüren öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schraubverschlüsse aufmachen, die schon einmal geöffnet waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Wasserhähne auf- und zudreuen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• eine Tür mit einem Türknauf öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. Aktivitäten und häusliche Aufgaben</b>					
Kann Ihr Kind:					
• allein einkaufen und Kleinigkeiten erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• in Auto, Bus oder Straßenbahn ein- u. aussteigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fahrrad fahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Haushalt helfen (z.B. abwaschen, Müll wegbringen, Staub saugen, bei der Gartenarbeit helfen, sein Bett machen, sein Zimmer aufräumen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• rennen und spielen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte kreuzen Sie alle Hilfsmittel an, die Ihr Kind gewöhnlich für eine der folgenden Tätigkeiten benutzt:**

Mein Kind benötigt keine Hilfsmittel

Mein Kind benötigt für die angegebenen Tätigkeiten folgende Hilfsmittel:

- |                                |                          |   |
|--------------------------------|--------------------------|---|
| 1. Anziehen und Körperpflege:  | <input type="checkbox"/> | Hilfsmittel zum Anziehen, z.B. Knöpfhaken, Reißverschlusszieher, verlängerten Schuhlöcher |
| 2. Aufstehen:                  | <input type="checkbox"/> | Spezialstuhl oder erhöhten Stuhl  |
| 3. Essen und Trinken:          | <input type="checkbox"/> | besondere Hilfsmittel beim Essen u. Trinken, z.B. besonderes Besteck                      |
| 4. Gehen:                      | <input type="checkbox"/> | Gehstützen  |
|                                | <input type="checkbox"/> | Therapieroller, -fahrrad  |
|                                | <input type="checkbox"/> | Rollstuhl   |
| 5. Körperpflege:               | <input type="checkbox"/> | erhöhten Toilettensitz  |
|                                | <input type="checkbox"/> | Badewannensitz  |
|                                | <input type="checkbox"/> | Haltegriff an der Badewannenstange  |
| 6. Erreichen von Gegenständen: | <input type="checkbox"/> | Geräte mit langen Stielen zum Erreichen bestimmter Gegenstände                            |
| 7. Greifen:                    | <input type="checkbox"/> | Geräte mit langen Stielen im Badezimmer   |
|                                | <input type="checkbox"/> | Schraubverschluss-Öffner für Gläser (die schon vorher geöffnet waren)                     |
|                                | <input type="checkbox"/> | Bleistiftverdickung oder spezielle Schere oder Schreibgeräte                              |

andere Hilfsmittel für die genannten Tätigkeiten: \_\_\_\_\_



**Bitte kreuzen Sie die Bereiche an, in denen Ihr Kind aufgrund seiner Erkrankung normalerweise Hilfe von anderen benötigt:**

keine fremde Hilfe erforderlich

Mein Kind benötigt Hilfe in folgenden Bereichen:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anziehen          | <input type="checkbox"/> Gehen                      | <input type="checkbox"/> Greifen                            |
| <input type="checkbox"/> Aufstehen         | <input type="checkbox"/> Körperpflege               | <input type="checkbox"/> Aktivitäten und häusliche Aufgaben |
| <input type="checkbox"/> Essen und Trinken | <input type="checkbox"/> Erreichen von Gegenständen |   |

©CHAQ

*Nun möchten wir von Ihnen erfahren, wie es Ihrem Kind mit seiner Krankheit im Augenblick geht.*

*Die nachfolgenden Skalen gehen von „0“ bis „10“. Wenn Sie z.B. den Gesundheitszustand Ihres Kindes als sehr gut einschätzen, kreuzen Sie bitte den Anfangspunkt (ersten Kreis) an. Wenn Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes als sehr schlecht einschätzen, kreuzen Sie den Endpunkt (letzten Kreis) an. Ansonsten entscheiden Sie sich für einen Kreis zwischen dem Anfangs- und Endpunkt.*

**Wie beurteilen Sie im Großen und Ganzen den derzeitigen Gesundheitszustand Ihres Kindes?**

sehr gut	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	sehr schlecht
	0   0.5   1   1.5   2   2.5   3   3.5   4   4.5   5   5.5   6   6.5   7   7.5   8   8.5   9   9.5   10	

**Wie würden Sie die Schmerzen Ihres Kindes in den vergangenen 7 Tagen einschätzen?**

keine Schmerzen	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	sehr starke Schmerzen
	0   0.5   1   1.5   2   2.5   3   3.5   4   4.5   5   5.5   6   6.5   7   7.5   8   8.5   9   9.5   10	

**Hat Ihr Kind in den vergangenen 7 Tagen unter ungewöhnlicher Erschöpfung und Müdigkeit gelitten?**

gar nicht	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	sehr stark
	0   0.5   1   1.5   2   2.5   3   3.5   4   4.5   5   5.5   6   6.5   7   7.5   8   8.5   9   9.5   10	

**Wie aktiv schätzen Sie die Erkrankung Ihres Kindes aktuell ein?**

inaktiv	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	sehr aktiv
	0   0.5   1   1.5   2   2.5   3   3.5   4   4.5   5   5.5   6   6.5   7   7.5   8   8.5   9   9.5   10	

**Wie kommt Ihr Kind zurzeit mit seiner Krankheit zurecht?**

sehr gut	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	sehr schlecht
	0   0.5   1   1.5   2   2.5   3   3.5   4   4.5   5   5.5   6   6.5   7   7.5   8   8.5   9   9.5   10	

Abschließend haben wir noch einige Fragen zu Ihrem Kind und Ihrer Familie.

Geburtsjahr des erkrankten Kindes

Geschlecht des Kindes  weiblich  männlich

Wie häufig spielt Ihr Kind im Freien?

fast jeden Tag  3-5-mal in der Woche  1-2-mal in der Woche  seltener  nie

Wie häufig treibt Ihr Kind Sport in einem Verein?

fast jeden Tag  3-5-mal in der Woche  1-2-mal in der Woche  seltener  nie

Wie häufig treibt Ihr Kind Sport außerhalb eines Vereins?

fast jeden Tag  3-5-mal in der Woche  1-2-mal in der Woche  seltener  nie

Welche Schule besucht Ihr Kind?

noch keine  Grundschule  Haupt-/Realschule  
 Gesamtschule  Gymnasium  andere Schule: \_\_\_\_\_

Falls Ihr Kind in die Schule geht, hat es in den letzten 4 Wochen am Schulsport teilgenommen?

immer  manchmal nicht  häufig nicht

mein Kind ist vom Schulsport befreit

In den folgenden Fragen geht es um Ihre berufliche Ausbildung sowie Ihre berufliche Situation. Bitte kreuzen Sie diese Angabe auch für die Mutter bzw. den Vater Ihres Kindes an.

**Berufsausbildung**

Bitte kreuzen Sie den höchsten erreichten Abschluss an.

**Aktuelle berufliche Situation:**

	Mutter	Vater		Mutter	Vater
keine/im Beruf angelernt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vollzeit erwerbstätig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lehre (2 bzw. 3 Jahre)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Teilzeit erwerbstätig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachschulausbildung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	in Ausbildung / Umschulung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachhochschulstudium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hausfrau/Hausmann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hochschulstudium (Universität)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	arbeitslos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sonstiges _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	berentet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			sonstiges _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hier bitte nichts eintragen!

Wo wohnt Ihr Kind? Geben Sie bitte den Landkreis an, zu dem der Wohnort gehört, bzw. bei Großstädten zusätzlich den Stadtteil.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		

Heutiges Datum:       1 | 6 |

© Deutsches Rheuma-Forschungszentrum

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!