

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 nicht bekannt

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 „altersbedingt nicht möglich“ an.

	problem- los	leicht erschwert	stark erschwert	nicht möglich	altersbe- dingt nicht möglich
1. Anziehen und Körperpflege					
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"/>
2. Aufstehen					
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"/>
3. Essen und Trinken					
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"/>
4. Gehen					
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"/>
5. Körperpflege					
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"/>
6. Erreichen von Gegenständen					
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"/>
7. Greifen					
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"/>
8. Aktivitäten und häusliche Aufgaben					
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"/>

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

Geburtsjahr des erkrankten Kindes

Geschlecht des Kindes weiblich männlich

An wie vielen Tagen einer normalen Woche ist Ihr Kind für mindestens 60 Minuten am Tag körperlich aktiv?

- an 7 Tagen an 6 Tagen an 5 Tagen an 4 Tagen
 an 3 Tagen an 2 Tagen an einem Tag an keinem Tag

Treibt Ihr Kind Sport?

Alle Arten von Sport im Verein oder außerhalb eines Vereins (außer Schulsport bzw. außer Bewegungsangebote im Kindergarten).

- nein ja

Wenn nein, warum treibt Ihr Kind keinen Sport?

- zu jung kein Interesse gesundheitliche Gründe keine Zeit
 kein passendes Angebot in der Nähe sonstiges: _____

Wenn ja, welchen Sport betreibt Ihr Kind? Sie können bis zu 3 Sportarten benennen.

	im Verein	außerhalb eines Vereins	sowohl im Verein sowie außerhalb vom Verein
1. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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"/>

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

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

Heutiges Datum: | 1 | 7 |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!