

Mit Hilfe der nachfolgenden Fragen möchten wir erfahren, ob 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 zudrehen?	<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 weiblich männlich anderes

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, treibt Ihr Kind aktiv in einem Verein Sport? nein ja

Welche Schule besucht Ihr Kind?

- noch keine Grundschule Hauptschule 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 teilweise befreit mein Kind ist vom Schulsport ganz befreit

Besitzt Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?

- nein ja ⇒ Grad der Behinderung Merkzeichen _____

Wenn Ihr Kind keinen Schwerbehindertenausweis hat:

Wurde ein Grad der Behinderung festgestellt?

- nein ja ⇒ Grad der Behinderung

Hat Ihr Kind einen Pflegegrad? nein ja ⇒ Pflegegrad _____

In den folgenden Fragen geht es um Ihre berufliche Ausbildung sowie Ihre berufliche Stellung.

Bitte kreuzen Sie diese Angabe ggf. auch für einen zweiten Sorgeberechtigten des Kindes an.

Höchster beruflicher Abschluss

Berufliche Stellung (Wenn keine Berufstätigkeit mehr besteht, nennen Sie bitte die letzte berufliche Stellung.)

	Elternteil 1	Elternteil 2		Elternteil 1	Elternteil 2
noch in beruflicher Ausbildung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Angestellte/Angestellter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kein Berufsabschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Arbeiterin/Arbeiter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Beamtin/Beamter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Berufsfachschule, Handelsschule (beruflich-schulische Ausbildung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Selbstständig erwerbstätig <u>mit</u> Angestellten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachschule (z.B. Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Selbstständig erwerbstätig <u>ohne</u> Angestellte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachhochschule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mithelfende/r Familienangehörige/r	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Universität/Hochschule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Auszubildende/Auszubildender	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sonstiger beruflicher Abschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	noch nie erwerbstätig gewesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			sonstiges _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn ein Hochschulabschluss vorliegt, welcher?

- Promotion
 Universitätsabschluss (z.B. Master, Diplom, Magister, Staatsexamen)
 Fachhochschulabschluss (z.B. Diplom, Magister)
 Bachelor an einer (Fach)Hochschule

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

Hier bitte nichts eintragen!

--	--	--	--	--

Heutiges Datum: 20

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!