

Im Folgenden möchten wir erfahren, ob du im Alltag durch deine rheumatische Erkrankung beeinträchtigt bist. Kreuze bitte jeweils nur die Antwort an, die am besten deine Möglichkeiten in der vergangenen Woche beschreibt.

	problem- los	leicht erschwert	stark erschwert	nicht möglich
1. Anziehen und Körperpflege				
Kannst du:				
• dich allein anziehen, die Schnürsenkel binden, Knöpfe schließen oder öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dir allein die Haare waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dir allein die Socken an- und ausziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dir allein die Fingernägel schneiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Aufstehen				
Kannst du:				
• von einem niedrigen Stuhl oder vom Boden aufstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dich ins Bett legen oder aus dem Bett aufstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Essen und Trinken				
Kannst du:				
• bei Tisch ein Messer zum Schneiden benutzen?	<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"/>
• eine neue Packung Cornflakes oder Müsli öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Gehen				
Kannst du:				
• draußen auf ebenem Boden gehen?	<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"/>
5. Körperpflege				
Kannst du:				
• dich allein am ganzen Körper waschen und abtrocknen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dich allein baden (in die Wanne ein- und aussteigen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• die Toilette benutzen und wieder aufstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dir die Zähne putzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dir die Haare kämmen oder bürsten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Erreichen von Gegenständen				
Kannst du:				
• 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"/>
• dich bücken, um ein Kleidungsstück oder ein Blatt Papier vom Boden aufzuheben?	<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"/>
• den Kopf drehen, um über die Schulter zurückzuschauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Greifen				
Kannst du:				
• mit Kugelschreiber oder Bleistift schreiben?	<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"/>
• Schraubverschlüsse aufmachen, die schon einmal geöffnet waren?	<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"/>
• eine Tür mit einem Türknauf öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Aktivitäten und häusliche Aufgaben				
Kannst du:				
• allein einkaufen und Kleinigkeiten erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• in Auto, Bus oder Straßenbahn ein- und aussteigen?	<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"/>
• im Haushalt helfen (z.B. abwaschen, Müll wegbringen, Staub saugen, bei der Gartenarbeit helfen, dein Bett machen, dein Zimmer aufräumen)?	<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"/>

Um uns ein umfassendes Bild von deiner gesundheitlichen Situation machen zu können, möchten wir dich auch zu deiner emotionalen Verfassung befragen. **Bitte versuche, jede Frage zu beantworten.**

In den letzten 2 Wochen ...	zu keinem Zeitpunkt	ab und zu	etwas weniger als die Hälfte der Zeit	etwas mehr als die Hälfte der Zeit	meistens	die ganze Zeit
... war ich froh und guter Laune.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

© WHO-5

Wie oft fühltest du dich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

© GAD-7

Wie oft fühltest du dich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an deinen Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waren deine Bewegungen oder deine Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder warst du im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hattest dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gedanken, dass du lieber tot wärst oder dir Leid zufügen möchtest	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

© PHQ-9

Solltest du mindestens 5 Fragen in den letzten beiden Spalten („an mehr als der Hälfte der Tage“ bzw. „beinahe jeden Tag“) im oberen Teil (GAD-7) bzw. im unteren Teil (PHQ-9) angekreuzt haben, melde dich bitte bei deinem Arzt oder einer Person deines Vertrauens.
<https://www.psychenet.de/de/hilfe-finden/schnelle-hilfe/krisenanlaufstellen-kj.html#kinder-und-jugendtelefon>



Wie lange beschäftigst du dich durchschnittlich pro Tag mit folgenden Dingen?

	gar nicht	Bis zu 1 Stunde	1 bis unter 2 Stunden	2 bis unter 3 Stunden	3 bis unter 4 Stunden	Mehr als 4 Stunden
Fernsehen/Video (auch über PC/Laptop oder Smartphone)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spielkonsole oder Computerspiele (auch über Smartphone)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sonstige Computernutzung/ Internet (auch über Smartphone)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bücher lesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie viel Zeit verbringst du durchschnittlich pro Tag in sozialen Netzwerken (z.B. Facebook oder ähnliches)?

- ich nutze keine sozialen Netzwerke bis zu 1 Stunde bis zu 2 Stunden
 bis zu 3 Stunden bis zu 4 Stunden mehr als 4 Stunden

Welche Schule besuchst du?

- Grundschule Hauptschule Realschule
 Gesamtschule Gymnasium berufsbildende Oberschule
 andere Schule _____
(z.B. berufliches Gymnasium, Fachoberschule)
 ich gehe nicht mehr zur Schule

Wenn du noch zur Schule gehst, hast du in den letzten 4 Wochen am Schulsport teilgenommen?

- immer manchmal nicht häufig nicht
 ich bin teilweise vom Schulsport befreit ich bin ganz vom Schulsport befreit

Hast du bereits einen Schulabschluss erreicht, welcher Abschluss ist es?

- ich gehe noch zur Schule MSA / mittlere Reife
 Abitur/Hochschulreife (qualifizierter) Hauptschulabschluss
 Fachabitur/Fachhochschulreife keinen Schulabschluss

Besitzt du einen Schwerbehindertenausweis?

- nein ja ⇒ **Grad der Behinderung** [] [] [] [] **Merkzeichen** _____

Wo wohnst du? Gib bitte den Landkreis an, zu dem dein Wohnort gehört bzw. bei Großstädten zusätzlich den Bezirk bzw. Stadtteil.

In welchem Jahr wurdest du geboren? [] [] [] []

Bitte gib dein Geschlecht an

- weiblich
 männlich
 anderes, und zwar: _____

© Deutsches Rheuma-Forschungszentrum

Heutiges Datum: [] [] [] [] | **2** | **3**

Vielen Dank für deine Mithilfe!

Fragebogen für Eltern

ID-Nr.:
Bitte ID-Nummer übertragen!

Dieser Zusatzbogen richtet sich an deine Eltern. Übertrage bitte zunächst die ID-Nr. von der ersten Seite in den Kasten oben rechts. Anschließend reiche den Bogen bitte an deine Eltern bzw. deine Begleitperson weiter.

Geburtsjahr des Kindes Geschlecht des Kindes weiblich männlich anderes

Wer beantwortet diesen Fragenbogen?

Mutter Vater sonstige Betreuungsperson: _____

Welche der folgenden Infektionskrankheiten sind in den letzten 12 Monaten bei Ihrem Kind aufgetreten und wie oft:

- | | | |
|--|---|-----|
| <input type="radio"/> Erkältung, grippaler Infekt | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | mal |
| <input type="radio"/> Angina (Mandelentzündung) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | mal |
| <input type="radio"/> Herpes-Infektion: Bläschen an Lippen/Nase, Mundfäule (Stomatitis aphthosa) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | mal |
| <input type="radio"/> Bronchitis (nicht bei Asthma) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | mal |
| <input type="radio"/> Pseudokrupp/Krupp-Syndrom | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | mal |
| <input type="radio"/> Durchfall, Magen-Darm-Infektion | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | mal |
| <input type="radio"/> Blasen- und/oder Harnwegsentzündung | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | mal |
| <input type="radio"/> Eitrige Bindehautentzündung (bakterielle Konjunktivitis) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | mal |
| <input type="radio"/> Mund- und/oder Windelsoor | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | mal |
| <input type="radio"/> Lungenentzündung (Pneumonie) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | mal |
| <input type="radio"/> Mittelohrentzündung (Otitis media) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | mal |
| <input type="radio"/> Warzen | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | mal |
| <input type="radio"/> andere: _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | mal |

Musste Ihr Kind in den letzten 12 Monaten Antibiotika oder antivirale Medikamente (z.B. Aciclovir/Zostex/Brivudin/Valaciclovir/Ganciclovir) einnehmen?

nein ja

Falls ja, nennen Sie bitte die Erkrankung (z.B. Angina, Lungenentzündung, Gürtelrose) und wie häufig Antibiotika/antivirale Medikamente in den letzten 12 Monaten erforderlich waren?

- | | | | | | |
|----------|---|-----|----------|---|-----|
| 1. _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | mal | 3. _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | mal |
| 2. _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | mal | 4. _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | mal |

Musste Ihr Kind in den letzten 12 Monaten wegen einer Infektion (z.B. Lungenentzündung, Harnwegsinfektion oder andere Infektion) im Krankenhaus stationär aufgenommen werden?

nein ja

Falls ja, nennen Sie bitte den Aufnahmegrund und die jeweilige stationäre Verweildauer:

- | | | |
|----------|---|--------|
| 1. _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Nächte |
| 2. _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Nächte |
| 3. _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Nächte |
| 4. _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Nächte |

Musste Ihr Kind jemals vor der Diagnose der rheumatischen Erkrankung mit Antibiotika behandelt werden?

nein ja weiß ich nicht

Falls ja, wie oft? mal weiß ich nicht

Falls ja, in welchem Alter zum ersten Mal? mit Jahren weiß ich nicht

Hat ihr Kind neben der rheumatischen Erkrankung noch weitere Erkrankungen (z.B. Schuppenflechte, Asthma, Neurodermitis oder andere Erkrankungen)?

nein ja

Falls ja, nennen Sie bitte die Begleiterkrankung und ggf. deren aktuelle Behandlung:

- | | |
|----------|----------------------|
| 1. _____ | Medikament(e): _____ |
| 2. _____ | Medikament(e): _____ |
| 3. _____ | Medikament(e): _____ |
| 4. _____ | Medikament(e): _____ |

Bitte beachten Sie auch die Fragen auf der Rückseite!

