



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
<b>1. Anziehen und Körperpflege</b>				
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"/>
<b>2. Aufstehen</b>				
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"/>
<b>3. Essen und Trinken</b>				
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"/>
<b>4. Gehen</b>				
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"/>
<b>5. Körperpflege</b>				
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"/>
<b>6. Erreichen von Gegenständen</b>				
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"/>
<b>7. Greifen</b>				
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"/>
<b>8. Aktivitäten und häusliche Aufgaben</b>				
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"/>

**Bitte kreuze alle Hilfsmittel an, die du gewöhnlich für eine der folgenden Tätigkeiten benutzt:**

Ich benötige keine Hilfsmittel

Ich benötige für die angegebenen Tätigkeiten folgende Hilfsmittel:

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

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

**Bitte kreuze die Bereiche an, in denen du aufgrund deiner Erkrankung normalerweise Hilfe von anderen benötigst:**

Ich brauche keine fremde Hilfe

Ich benötige Hilfe in folgenden Bereichen:

- Ankleiden     Aufstehen     Essen und Trinken     Körperpflege     Greifen  
 Gehen     Erreichen von Gegenständen     Aktivitäten und häusliche Aufgaben

© CHAQ

*In den folgenden Fragen geht es um deine Freizeitaktivitäten.*

**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/DVD (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

**An wie vielen Tagen einer normalen Woche bist du 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

**Treibst du Sport?** (Alle Arten von Sport im Verein oder außerhalb eines Vereins, außer Schulsport).

- nein     ja

**Wenn nein, warum treibst du keinen Sport?**

- kein Interesse     gesundheitliche Gründe     keine Zeit  
 kein passendes Angebot in der Nähe     sonstiges \_\_\_\_\_

**Wenn ja, treibst du aktiv in einem Verein Sport?**  nein     ja

**Wie schätzt du deine körperliche Leistungsfähigkeit ein?**

- sehr gut     gut     mittel     nicht besonders     gar nicht gut

Mit Erreichen der Volljährigkeit steht der Wechsel von der kinder- in die erwachsenenrheumatologische Betreuung an. Wenn du an einer JIA (juvenilen idiopathischen Arthritis) erkrankt bist und Informationen zu deinem bisherigen Krankheitsverlauf erhalten möchtest, kannst du einen Befundbericht erstellen lassen. Weitere Informationen findest du unter dem QR-Code.



**Informierst du dich außerhalb der Sprechstunde zu deiner rheumatischen Erkrankung?**

- nein       ja, mittels Broschüren, Flyern  
 ja, mittels Webseiten und Apps, und zwar: \_\_\_\_\_

**Kennst du die Webseite der Rheuma-Liga „www.mein-rheuma-wird-erwachsen.de“?**

- nein       ja      **Falls ja, informierst du dich dort?**       nein       ja  
**Falls ja, würdest du die Webseite weiterempfehlen?**       nein       ja

<b>Wie viel weißt du über...</b>	nichts	ein bisschen	einiges	viel	trifft aktuell nicht zu
deinen gesundheitlichen Zustand?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
die Namen deiner Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
die Wirkungsweise deiner Medikamente oder anderer Behandlungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
den möglichen Einfluss von Alkohol, Nikotin und Drogen auf deine Erkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
den Zusammenhang zwischen deiner Erkrankung und Verhütung, Schwangerschaft und Vererbung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
die möglichen langfristigen Auswirkungen deiner Erkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Wie leicht oder wie schwer fällt es dir ...</b>	schwer	eher schwer	eher leicht	leicht	trifft aktuell nicht zu
die Gespräche mit deiner Ärztin / deinem Arzt selbständig zu führen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
dich an Diskussionen und Entscheidungen über deine Gesundheit zu beteiligen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
die notwendige medizinische Behandlung zu Hause selbständig durchzuführen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
deine Medikamente selbständig (ohne Erinnerung durch andere) zum richtigen Zeitpunkt einzunehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
relevante Fragen vor dem nächsten Arzttermin selbständig zu überlegen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Hast du nachfolgende Angebote innerhalb der letzten 6 Monate in Anspruch genommen?</b>	nein, auch kein Bedarf	nein, jedoch Bedarf	teilweise, jedoch mehr Bedarf	ja, ausreichend	
Physiotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Reha-Sport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ergotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Psychologische Beratung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sozialrechtliche Beratung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Stationäre Reha-Maßnahmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Funktionstraining der Rheumaliga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Selbsthilfegruppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
andere Angebote: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Hast du Angebote zur Vorbereitung auf den Übergang in die Erwachsenenversorgung in Anspruch genommen?</b>	nein, auch kein Bedarf	nein, jedoch Bedarf	teilweise, jedoch mehr Bedarf	ja, ausreichend	
Strukturierte Patient*innenschulung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Transitionsamps (z.B. Bodenseecamp, Camp der Rheuma-Liga)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Übergangs- /Jugendsprechstunde in der Rheumaambulanz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
andere Angebote: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Wie zufrieden bist du mit ...	unzu- frieden	eher un- zufrieden	eher zufrieden	zu- frieden	sehr zufrieden	
deiner aktuellen rheumatologischen Versorgung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
damit, wie auf dich bzw. deine Fragen eingegangen wird?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
der Fähigkeit deiner Ärztin bzw. deines Arztes Dinge für dich verständlich zu erklären?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
der Berücksichtigung deiner Meinung bei (Therapie-) Entscheidungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
der Zeit, die sich deine Ärztin bzw. dein Arzt für dich nimmt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wie zufrieden bist du mit ...	unzu- frieden	eher unzu- frieden	eher zu- frieden	zu- frieden	sehr zu- frieden	trifft noch nicht zu
der Vorbereitung auf den Wechsel in die Erwachsenenrheumatologie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
den Möglichkeiten dich selbst in den Prozess des Übergangs in die Erwachsenenversorgung einzubringen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
der Einbeziehung deiner Eltern in den Prozess?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dem geplanten Zeitpunkt des Wechsels in die Erwachsenenrheumatologie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
der Unterstützung bei der Suche nach einer weiterbehandelnden Ärztin bzw. einem Arzt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fühlst du dich zu folgenden Themen informiert?	nein, auch kein Bedarf	nein, jedoch Bedarf	teilweise, jedoch mehr Bedarf	ja, ausreichend		
deine Erkrankung und mögliche Begleitscheinungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Therapie (inkl. Wirkung & Nebenwirkungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Maßnahmen, die du selbst durchführen kannst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Möglicher Einfluss deines Lebensstils (wie Ernährung und Sport) auf deine Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Möglicher Einfluss von Alkohol, Nikotin und Drogen auf deine Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Zusammenhang zwischen deiner Erkrankung und Verhütung, Schwangerschaft und Vererbung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Langfristiger Verlauf der Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Mögliche Auswirkungen deiner Erkrankung auf Deine Berufswahl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Angebote von Selbsthilfegruppen (z.B. der Rheumaliga)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Sozialrechtliche Unterstützungsangebote (wie Schwerbehindertenausweis, Nachteilsausgleich)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

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 <u>letzten 2 Wochen</u> ...	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"/>



# 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 Fragebogen?

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"/> mal |
| <input type="radio"/> Angina (Mandelentzündung)                                                  | <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"/> mal |
| <input type="radio"/> Bronchitis (nicht bei Asthma)                                              | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| <input type="radio"/> Pseudokrupp/Krupp-Syndrom                                                  | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| <input type="radio"/> Durchfall, Magen-Darm-Infektion                                            | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| <input type="radio"/> Blasen- und/oder Harnwegsentzündung                                        | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| <input type="radio"/> Eitrige Bindehautentzündung (bakterielle Konjunktivitis)                   | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| <input type="radio"/> Mund- und/oder Windelsoor                                                  | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| <input type="radio"/> Lungenentzündung (Pneumonie)                                               | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| <input type="radio"/> Mittelohrentzündung (Otitis media)                                         | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| <input type="radio"/> Warzen                                                                     | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| <input type="radio"/> andere: _____                                                              | <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. \_\_\_\_\_   mal      3. \_\_\_\_\_   mal  
2. \_\_\_\_\_   mal      4. \_\_\_\_\_   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. \_\_\_\_\_   Nächte  
2. \_\_\_\_\_   Nächte  
3. \_\_\_\_\_   Nächte  
4. \_\_\_\_\_   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!

