Hier bitte
„Einrichtungsetikett“
aufkleben!

ID-Nr.:
Bitte ID-Nummer eintragen unter welcher Pat.
geführt wird!

Hier Etikett für neue / erstmalig
dokumentierte Patientinnen
und Patienten aufkleben!

Fragebogen für Eltern Patientinnen und Patienten unter 12 Jahre

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

Geburtsjahr Ihres Kindes **Geschlecht** weiblich männlich anderes

Dieser Bogen wird ausgefüllt von Mutter Vater gemeinsam andere Person

1. Wann begannen die rheumatischen Beschwerden Ihres Kindes?
Monat Jahr

2. Wie viel Zeit verging vom Auftreten erster Symptome bis zur ersten Arztvorstellung?
Anzahl der Tage und Wochen weiß ich nicht

3. Wie viele verschiedene Ärzte haben Sie insgesamt aufgesucht, bis bei Ihrem Kind die rheumatische Erkrankung diagnostiziert wurde?
Anzahl der Ärzte insgesamt weiß ich nicht
 trifft nicht zu, da bisher keine Diagnose gestellt wurde → **weiter mit Frage 5**

4. Welche Ärzte haben Sie bis zur Diagnosestellung aufgesucht? Mehrfachangaben möglich.
 Kinderarzt Allgemeinmediziner/Hausarzt Orthopäde Chirurg
 Hautarzt Augenarzt andere _____

5. Wie lange dauerte es von der Überweisung bis zur Erstvorstellung Ihres Kindes bei einem/r Kinder- und Jugendrheumatologen/in?
Anzahl der Tage und der Wochen weiß ich nicht

6. Wann wurde Ihr Kind zum ersten Mal ambulant oder im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes kinderrheumatologisch betreut?
Monat Jahr

7. Hat Ihr Kind in den letzten 12 Monaten wegen seiner rheumatischen Krankheit im Kindergarten oder in der Schule gefehlt?
 nein ja, und zwar: Tage

8. War Ihr Kind in den letzten 12 Monaten wegen seiner rheumatischen Krankheit stationär im Krankenhaus?
 nein ja, und zwar: Wochen und Tage

9. Welche der folgenden Behandlungen hat Ihr Kind in den letzten 12 Monaten erhalten?
Bitte geben Sie nur solche Behandlungen an, die ärztlich verordnet worden sind und die Ihr Kind ambulant, also nicht während eines Krankenhausaufenthaltes bzw. einer Rehabilitations- oder Kurmaßnahme, 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

10. Haben Sie oder hat Ihr Kind in den letzten 12 Monaten an einer Schulung für Eltern oder Patientinnen und Patienten teilgenommen? Zum Beispiel an einem Schulungswochenende der Rheuma-Liga oder während eines Krankenhausaufenthaltes bzw. einer Rehabilitations- oder Kurmaßnahme.
 nein ja

11. Hat Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate wegen seiner rheumatischen Erkrankung an einer Rehabilitations- oder Kurmaßnahme teilgenommen?
 nein ja

12. Verwendet Ihr Kind orthopädische Hilfsmittel?
 nein ja, und zwar: Schienen oder Bandagen (z.B. Kniegelenkbandagen, Handgelenkschienen)
 orthopädische Schuhe Halsmanschette
 Einlagen/Sohlenerhöhung

13. 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?	☐				
• die Haare waschen?	☐				
• die Socken an- oder ausziehen?	☐				
• die Fingernägel schneiden?	☐				
2. Aufstehen					
Kann Ihr Kind:					
• von einem niedrigen Stuhl oder vom Boden aufstehen?	☐				
• sich ins Bett legen, aus dem Bett aufstehen oder sich im Laufstall aufrichten?	☐				
3. Essen und Trinken					
Kann Ihr Kind allein:					
• bei Tisch ein Messer zum Schneiden benutzen?	☐				
• eine Tasse oder ein Glas zum Mund führen?	☐				
• eine neue Packung Cornflakes oder Müsli öffnen?	☐				
4. Gehen					
Kann Ihr Kind allein:					
• draußen auf ebenem Boden gehen?	☐				
• fünf Stufen hinaufgehen?	☐				
5. Körperpflege					
Kann Ihr Kind allein:					
• sich am ganzen Körper waschen und abtrocknen?	☐				
• baden (in die Wanne ein- und aussteigen)?	☐				
• auf die Toilette bzw. aufs Töpfchen gehen und wieder aufstehen?	☐				
• sich die Zähne putzen?	☐				
• sich die Haare kämmen oder bürsten?	☐				
6. Erreichen von Gegenständen					
Kann Ihr Kind:					
• einen schweren Gegenstand, z.B. ein großes Spiel oder Bücher, über Kopfhöhe erreichen und herunterholen?	☐				
• sich bücken, um ein Kleidungsstück oder ein Blatt Papier vom Boden aufzuheben?	☐				
• einen Pullover über den Kopf anziehen?	☐				
• den Kopf drehen, um über die Schulter zurückzuschauen?	☐				
7. Greifen					
Kann Ihr Kind:					
• mit Kugelschreiber oder Bleistift schreiben?	☐				
• Autotüren öffnen?	☐				
• Schraubverschlüsse aufmachen, die schon einmal geöffnet waren?	☐				
• Wasserhähne auf- und zudrehen?	☐				
• eine Tür mit einem Türknauf öffnen?	☐				
8. Aktivitäten und häusliche Aufgaben					
Kann Ihr Kind:					
• allein einkaufen und Kleinigkeiten erledigen?	☐				
• in Auto, Bus oder Straßenbahn ein- u. aussteigen?	☐				
• Fahrrad fahren?	☐				
• im Haushalt helfen (z.B. abwaschen, Müll wegbringen, Staub saugen, bei der Gartenarbeit helfen, sein Bett machen, sein Zimmer aufräumen)?	☐				
• rennen und spielen?	☐				

In den folgenden Fragen geht es um die körperliche Aktivitäten und das Schlafverhalten Ihres Kindes.

19. 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

20. 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

21. Wie viele Stunden schläft ihr Kind durchschnittlich pro Nacht? |__|__| Stunden

22. Leidet ihr Kind unter Schlafschwierigkeiten?

- nein ja

23. Wie häufig in den letzten 4 Wochen hatte ihr Kind Schwierigkeiten beim Einschlafen?

- gar nicht
 weniger als 1 Mal pro Woche
 1 oder 2 Mal pro Woche
 3 Mal oder häufiger pro Woche

24. Wie häufig in den letzten 4 Wochen hatte ihr Kind Schwierigkeiten beim Durchschlafen?

- gar nicht
 weniger als 1 Mal pro Woche
 1 oder 2 Mal pro Woche
 3 Mal oder häufiger pro Woche

Bitte beantworten Sie uns auch die folgenden Fragen zur Zufriedenheit mit der Versorgung Ihres Kindes.

25. Wurden Sie bei Entscheidungen zur Behandlung Ihres Kindes ausreichend einbezogen?

- ja, (fast) immer häufig manchmal selten gar nicht
 trifft nicht zu, da bisher keine Behandlung erfolgte

26. Wie zufrieden waren Sie mit der medikamentösen Behandlung Ihres Kindes in den letzten 12 Monaten?

- nicht zufrieden teilweise zufrieden zufrieden sehr zufrieden äußerst zufrieden
 trifft nicht zu, mein Kind erhielt keine medikamentöse Therapie

27. Wurden Sie im Rahmen der Betreuung Ihres Kindes zur rheumatischen Erkrankung und Therapie informiert oder darauf hingewiesen, wo weitergehende Informationen zu finden sind?

- ja, ausreichend ja, aber nicht ausreichend nein

Wir haben ein paar Fragen zum ersten Lebensjahr Ihres Kindes und bitten Sie, die folgenden Fragen so gut wie möglich zu beantworten.

28. Wie wurde Ihr Kind geboren?

- Spontangeburt vaginal
 Vaginal assistiert (z.B. Saugglocke, Geburtszange)
 Notfall/Dringlicher Kaiserschnitt (z.B. bei Geburtsstillstand)
 geplanter Kaiserschnitt

29. War Ihr Kind ein Frühgeborenes?

- ja nein

Falls ja, geben Sie bitte die Schwangerschaftswoche (SSW) an:

|__|__| SSW oder wie viele Wochen zu früh |__|__| Wochen

30. Wurde Ihr Kind jemals gestillt und/oder mit abgepumpter Muttermilch ernährt?

- ja nein weiß nicht

Falls ja:

- nur in den ersten Tagen nach Geburt
 für länger, aber nur im ersten Lebensmonat
 länger als den ersten Lebensmonat
 falls länger, bis zu welchem Lebensmonat bekam Ihr Kind Muttermilch? |_|_|

Falls nein oder weiß nicht → weiter Frage 34

31. Bekam Ihr Kind in der Stillzeit zusätzlich zu Muttermilch Wasser, Tee oder Saft?

- ja nein

Falls ja:

- gelegentlich, einzelne Tage → in welchem Lebensmonat wurde damit begonnen: |_|_|
 regelmäßig jeden Tag → in welchem Lebensmonat wurde damit begonnen: |_|_|

32. Bekam Ihr Kind zusätzlich zu Muttermilch auch Flaschenmilchnahrung (z. B. Säuglingsanfangsnahrung, Folgenahrung oder Spezialnahrung)?

- ja nein weiß nicht

Falls ja:

- gelegentlich, einzelne Tage → in welchem Lebensmonat wurde damit begonnen: |_|_|
 regelmäßig jeden Tag → in welchem Lebensmonat wurde damit begonnen: |_|_|

33. Bekam Ihr Kind nach dem Abstillen Flaschenmilchnahrung (z. B. Säuglingsanfangsnahrung, Folgenahrung oder Spezialnahrung)?

- ja nein weiß nicht

Falls ja:

Bis zu welchem Alter? |_|_|

34. In welchem Lebensmonat Ihres Kindes wurde begonnen, Brei, Gläschen oder sonstige Beikost zu füttern? Bitte tragen Sie begonnene Lebensmonate ein.

im |_|_|. Lebensmonat

35. Erhielt Ihr Kind im ersten Lebensjahr eine Therapie mit einem Antibiotikum?

- ja nein weiß nicht

Falls ja:

erstmal im Alter von |_|_| Monaten
und nochmals im Alter von |_|_| Mon. / |_|_| Mon. / |_|_| Mon.

36. Erhielt Ihr Kind im ersten Lebensjahr sogenannte Probiotika (Milchsäurebakterien, z.B. Bigaia, OmniBiotic, LactobactBaby, Colimil)?

- ja nein weiß nicht

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

37. 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

38. Wie ist Ihr Kind tagsüber außerhalb des Schulbesuchs betreut?

- zu Hause Tagesmutter Kindergarten
 Kinderkrippe Hort/Ganztagsschule sonstige Betreuung

39. Leben weitere Kinder bei Ihnen im Haushalt?

- nein ja, und zwar |_| Kinder im Alter von |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| Jahren
Bitte tragen Sie die Anzahl der Kinder und deren Alter ein!

40. Mit welchen Personen lebt das Kind in einem Haushalt? (Mehrfachantwort möglich)

- Mutter Vater Stiefmutter/-vater Großeltern
 Geschwister andere Personen Kind lebt außerhalb seiner Familie

41. Besitzt Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?

- nein ja ⇒ Grad der Behinderung |_|_|_| Merkzeichen |_|_|