



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"/>





# 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  
Dieser Bogen wird ausgefüllt von  Mutter  Vater  gemeinsam  andere Person

Bitte beantworten Sie uns zunächst die folgenden Fragen zur medizinischen Versorgung Ihres Kindes.

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 Wochen   weiß ich nicht
6. Wurden Sie bei Entscheidungen zur Behandlung Ihres Kindes ausreichend einbezogen?  
 ja, (fast) immer  häufig  manchmal  selten  gar nicht
7. 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
8. 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
9. Wann wurde Ihr Kind zum ersten Mal ambulant oder im Rahmen eines  Krankenhausaufenthaltes kinderrheumatologisch betreut?  
Monat Jahr

Nun folgen ein paar Fragen zum ersten Lebensjahr Ihres Kindes. Wir bitten Sie, diese so gut wie möglich zu beantworten.

10. Wie wurde Ihr Kind geboren?  
 Spontangeburt vaginal  Vaginal assistiert (z.B. Saugglocke, Geburtszange)  
 Notfall/Dringlicher Kaiserschnitt (z.B. bei Geburtsstillstand)  geplanter Kaiserschnitt
11. War Ihr Kind ein Frühgeborenes?  
 ja  nein  
Falls ja, geben Sie bitte die Schwangerschaftswoche (SSW) an:  
 SSW oder wie viele Wochen zu früh  Wochen
12. 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 mit Frage 16**
13. 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:

**14. 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: |\_\_|\_\_|

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

ja       nein       weiß nicht

**Falls ja:**      Bis zu welchem Alter? |\_\_|\_\_|

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

im |\_\_|\_\_|. Lebensmonat

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

ja       nein       weiß nicht

**Wenn ja:**       erstmals im Alter von |\_\_|\_\_| Monaten  
und nochmals im Alter von: |\_\_|\_\_| Mon. / |\_\_|\_\_| Mon. / |\_\_|\_\_| Mon. / |\_\_|\_\_| Mon.

**18. 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.

**19. 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!

Aus Vergleichbarkeitsgründen bitten wir Sie abschließend einige Fragen zu beantworten, die aus der KIGGS-Studie des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland stammen. Mit Vater und Mutter meinen wir die Personen, die mit dem Kind in einem Haushalt leben. Mit der Bezeichnung Mutter oder Vater sind auch diejenigen Personen gemeint, die an die Stelle der leiblichen Eltern treten, z.B. Lebenspartnerin des Vaters, Stiefvater o.a.

**20. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?**

	Mutter	Vater
noch keinen Abschluss (noch Schüler)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hauptschule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realschule/Mittlere Reife/Mittlerer Schulabschluss (MSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, Fachhochschulreife/Fachoberschule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
anderer Schulabschluss (z.B. im Ausland erworben)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

**Höchster beruflicher Abschluss**

**Berufliche Stellung** Wenn Sie derzeit nicht oder nicht mehr berufstätig sind, nennen Sie bitte die letzte berufliche Stellung.

	Mutter	Vater		Mutter	Vater
Keinen Abschluss, noch in beruflicher Ausbildung z.B. Student/in, AZUBI, Praktikant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Angestellte/Angestellter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
keinen Berufsabschluss und nicht AZUBI	<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 (auch Anwärter/Anwärterin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Berufsfachschule, Handelsschule (beruflich-schulische Ausbildung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Selbstständig erwerbstätig mit Angestellten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachschule (z.B. Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Selbstständig erwerbstätig ohne 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"/>