

Fragebogen für die ambulante Vorstellung

Name:

Sind in der Zwischenzeit Gelenkbeschwerden aufgetreten?

Gelenksymptome:

Gelenkschmerzen: ☐ Ja ☐ Nein

Schwellungen: ☐ Ja ☐ Nein

Überwärmungen: ☐ Ja ☐ Nein

Welche Gelenke:

seit wann:

Morgensteifigkeit: ☐ Ja ☐ Nein

Wetterfühligkeit: ☐ Ja ☐ Nein

Wie lange:

Wie lange:

andere Krankheitssymptome:

Wie sehr beeinträchtigt die rheumatologische Erkrankung derzeit das allgemeine Wohlbefinden Ihres Kindes?

gar nicht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr stark

Sind zwischenzeitlich Infekte aufgetreten? Womit wurden diese behandelt?

.....

Schulsport:

Volle Teilnahme: ☐ nach eigenem Leistungsvermögen: ☐ keine Teilnahme: ☐

Freizeitsport:

Aktuelle Medikation (Dosierung):

.....

.....

.....

.....

Nebenwirkungen: ☐ Ja ☐ Nein

Welche:

Krankengymnastik: ☐ Ja ☐ Nein Wie oft:

Eisbehandlung: ☐ Ja ☐ Nein Wie oft:

Welche Hilfsmittel werden benutzt?

.....

.....

Letzte Augenarztuntersuchung am: Befund:

Eventuelle Augentherapie:

Letzte Blutkontrolle am: (bitte zum Termin mitbringen)

Haben Sie an uns spezielle Fragen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Name: Datum:

Kann Ihr Kind/Kannst Du:

	Ohne Probleme	Leichte Probleme	Große Probleme	Unmöglich	Nicht anwendbar
Ankleiden und Körperpflege:					
- Sich/Dich alleine anziehen, Schnürsenkel und Knöpfe zumachen?	☐	☐	☐	☐	☐
- Sich/Dir die Haare machen?	☐	☐	☐	☐	☐
- Die Socken ausziehen?	☐	☐	☐	☐	☐
- Die Fingernägel schneiden?	☐	☐	☐	☐	☐
Aufstehen:					
- Von einem niedrigen Stuhl oder Boden aufstehen?	☐	☐	☐	☐	☐
- Ins Bett oder aus dem Bett steigen, oder einem Kinderbett aufstehen?	☐	☐	☐	☐	☐
Essen:					
- Essen selbst schneiden?	☐	☐	☐	☐	☐
- Eine Tasse/Glas zum Mund führen?	☐	☐	☐	☐	☐
- Eine neue Packung „Cornflakes“ öffnen?	☐	☐	☐	☐	☐
Gehen:					
- Im Freien auf ebenem Boden gehen?	☐	☐	☐	☐	☐
- Fünf Stufen hinauf steigen?	☐	☐	☐	☐	☐
Körperpflege:					
- Den Körper waschen und abtrocknen?	☐	☐	☐	☐	☐
- Baden (in die Wanne hinein- bzw. hinaussteigen)?	☐	☐	☐	☐	☐
- Sich/Dich auf die Toilette bzw. Töpfchen setzen und davon aufstehen?	☐	☐	☐	☐	☐
- Zähne putzen?	☐	☐	☐	☐	☐
- Haare kämmen oder bürsten?	☐	☐	☐	☐	☐
Reichweite:					
- Einen schweren Gegenstand, z. B. ein großes Spiel oder Bücher, gerade über Kopfhöhe erreichen und herunterholen?	☐	☐	☐	☐	☐
- Sich/Dich bücken, um ein Kleidungsstück oder ein Stück Papier vom Boden aufzuheben?	☐	☐	☐	☐	☐
- Einen Pullover über den Kopf ausziehen?	☐	☐	☐	☐	☐
- Den Kopf drehen, um über die Schulter zurückzusehen?	☐	☐	☐	☐	☐

	Ohne Probleme	Leichte Probleme	Große Probleme	Unmöglich	Nicht anwendbar
Greifen:					
- Mit Kugelschreiber/Bleistift kritzeln oder schreiben?	☐	☐	☐	☐	☐
- Autotüren öffnen?	☐	☐	☐	☐	☐
- (Z. B. ein Marmeladen-) Gläser aufmachen, die schon mal geöffnet waren?	☐	☐	☐	☐	☐
- Wasserhähne auf- und zudrehen?	☐	☐	☐	☐	☐
- Eine Tür mit Drehknopf öffnen?	☐	☐	☐	☐	☐
Tätigkeiten:					
- Besorgungen machen und einkaufen?	☐	☐	☐	☐	☐
- Einsteigen in ein Auto, Spielauto oder Schulbus und aussteigen?	☐	☐	☐	☐	☐
- Fahrrad oder Dreirad fahren?	☐	☐	☐	☐	☐
- Hausarbeiten machen (z. B. abspülen, Müll hinausbringen, staubsaugen, Gartenarbeit, Bett machen, Zimmer putzen)?	☐	☐	☐	☐	☐
- Rennen und spielen?	☐	☐	☐	☐	☐

Bitte kreuzen Sie/Du alle Hilfsmittel an, die Ihr Kind/die Du gewöhnlich für eine der nachfolgend genannten Tätigkeiten benutzt:

Ankleiden und Körperpflege:

- ☐ Mein Kind/Ich benötigt für die genannten Tätigkeiten keine Hilfsmittel- oder Geräte
- ☐ Gehstock
- ☐ Gehwagen
- ☐ Gehstützen
- ☐ Rollstuhl
- ☐ Hilfen zum Anziehen (Knopfhaken, Reißverschluss-Zieher, langer Schuhanzieher o. ä.)
- ☐ Bleistiftverdickung oder spezielle Schere oder Schreibgeräte
- ☐ Spezialstuhl oder Sitzerhöhung
- ☐ Andere Hilfsmittel (bitte angeben welche):

Bitte kreuzen Sie/Du die Bereiche an, bei denen Ihr Kind/Du aufgrund seiner/Deiner Erkrankung die Hilfe einer anderen Person benötigt:

- ☐ Mein Kind/Ich benötigt für die genannten Bereiche keine Hilfe
- ☐ Ankleiden und Körperpflege
- ☐ Gehen
- ☐ Essen
- ☐ Aufstehen

Bitte kreuzen Sie/Du alle Hilfsmittel/Hilfsgeräte an, die Ihr Kind/Du gewöhnlich für eine der nachfolgend genannten Tätigkeiten benutzt:

- ☐ Mein Kind/Ich benötigt für die genannten Tätigkeiten keine Hilfsmittel- oder Geräte
- ☐ Erhöhter Toilettensitz
- ☐ Badewannensitz
- ☐ Haltegriff an der Badewanne
- ☐ Badegerät mit langem Griff (z. B. Bürste)
- ☐ Griffverlängerung zum Erreichen von Gegenständen
- ☐ Schraubglasöffner (für z. B. schon einmal geöffnete Marmeladengläser)

Bitte kreuzen Sie/Du die Bereiche an, bei denen ihr Kind/Du aufgrund seiner/Deiner Erkrankung normalerweise die Hilfe einer anderen Person benötigt:

- ☐ Mein Kind/Ich benötigt für die genannten Bereiche keine Hilfe
- ☐ Körperpflege/Hygiene
- ☐ Greifen und Öffnen von Gegenständen
- ☐ Bewegungen des Alltagslebens
- ☐ Besorgungen und häusliche Aufgaben

Schmerz: Wir möchten gerne wissen, ob Ihr Kind/Du durch die Erkrankung Schmerzen hat. Wie schätzen Sie/Du die krankheitsbedingten Schmerzen während der letzten Woche, ein? Bitte entsprechende Markierung setzen:

0	10
Keine Schmerzen	sehr starke Schmerzen

Gesamtbeurteilung: Bitte bewerten Sie/Du, wie es Ihrem Kind geht/Dir geht, wenn Sie/Du alle Beeinträchtigungen und Probleme durch die Erkrankung berücksichtigen, indem Sie/Du eine Markierung unten auf der Linie machen:

0	10
Sehr gut	sehr schlecht