

# UKL Rheumaambulanz für Kinder und Jugendliche – Elternfragebogen

Liebe Eltern,

zur Vorbereitung des Termins in unserer Rheumaambulanz bitten wir Sie untenstehende Fragen zu beantworten. Sollte der Platz nicht reichen benutzen Sie bitte zusätzlich die Rückseite. Bitte bringen Sie dann zum Termin mit:

1. Ausgefüllten Fragebogen
2. gelben Heft und Impfpass
3. (sofern im Vorfeld nicht bereits zugeschickt) Arztbriefe und Untersuchungsergebnisse
4. Röntgen/MRT Bilder (auf CD)
5. eine für das Quartal gültigen Überweisungsschein an „Kinderrheumatologische Ambulanz, UKL“

## PATIENTENINFORMATION

Patientenname: \_\_\_\_\_ Datum der Vorstellung: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  weiblich  männlich

## HAUPTBESCHWERDEN

Welche Beschwerden führen zur Vorstellung in unserer Ambulanz? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dadurch erlittene Einschränkungen: \_\_\_\_\_

Beginn: \_\_\_\_\_ Vermutete Auslöser: \_\_\_\_\_

Was verbessert die Symptome? \_\_\_\_\_

Was macht sie schlimmer? \_\_\_\_\_

Welche Ärzte haben Sie bereits wegen der Beschwerden aufgesucht?

	Name	Fachrichtung	Straße	PLZ/Ort
1				
2				
3				
4				

Wurden Bildgebungen (Ultraschall, Röntgen, MRT) durchgeführt? Falls ja, wann und vom wem \_\_\_\_\_

Welche weitere Diagnostik wurde durchgeführt? (Ergebnisse von Blutuntersuchungen/Vorbrieife bitte mitbringen)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ORGANSPEZIFISCHE ANAMNESE

Ja	Nein	Nicht bekannt	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Bestehen Abgeschlagenheit, Müdigkeit, schlechter Schlaf, Appetitlosigkeit, oder Gewichtsverlust?</b>
			Falls ja, was/seit wann _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Bestehen Fieber- oder wiederkehrende Fieberschübe?</b>
			Falls ja, geben Sie bitte Häufigkeit, Dauer, Muster und begleitende Symptome an: _____ _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Bestehen Gelenkschmerzen?</b>																																				
			<p>Falls ja, welche/seit wann: _____</p> <p><b>Wann treten die Schmerzen vermehrt auf?</b> <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/> unabhängig von Tageszeit <input type="checkbox"/> nach Belastung</p> <p><b>Gab es in den Tagen/Wochen vor dem Auftreten einen fieberhaften Infekt oder einen Magen-Darm-Infekt?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Ist den Beschwerden ein Unfall/Sturz/Verletzung vorausgegangen?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, wann? _____</p> <p><b>Ist ein Zeckenstich erinnerlich?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, wann? _____</p> <p><b>Besteht eine Gelenk-Schwellung, Rötung, Wärme, oder reduzierter Bewegungsumfang?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Bestehen Hautauffälligkeiten? (jeglicher Ausschlag, Knötchen, Lichtempfindlichkeit der Haut, Geschwüre (Ulcera) oder offene Stellen (Aphthen) im Mund oder genital, Haarausfall oder Haarveränderungen, Veränderungen der Nägel oder des Nagelfalzes)</b>																																				
			<p>Falls ja, welche/seit wann: _____</p> <p>Bitte fotografieren Sie flüchtige Befunde mit Ihrem Smartphone und bringen es zum Termin mit.</p>																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Bestehen Auffälligkeiten an den Augen? (Lichtscheu, verschwommenes Sehen, Rötungen, Schmerzen, trockene Augen)</b>																																				
			Falls ja, welche/seit wann: _____																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Weitere Beschwerden:</b>																																				
			<p><b>Bestehen?</b></p> <table border="1"> <tr> <td>Muskelschmerzen</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> <td>Durchfälle</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Muskelschwäche</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> <td>Haarausfall</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Kopfschmerzen</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> <td>Trockene Augen</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Krampfanfälle</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> <td>Schmerzen im Brustkorb</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nasenbluten</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> <td>Schluckbeschwerden</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ohrenschmerzen/Hörstörung</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> <td>...</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Blau- oder Blasswerden der Finger (Raynaud-Symptomatik)</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> <td>....</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Chronischer Husten</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bauchschmerzen</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Muskelschmerzen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Durchfälle	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Muskelschwäche	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Haarausfall	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Trockene Augen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Krampfanfälle	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Schmerzen im Brustkorb	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Nasenbluten	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Schluckbeschwerden	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ohrenschmerzen/Hörstörung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	...	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Blau- oder Blasswerden der Finger (Raynaud-Symptomatik)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	....	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Chronischer Husten	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	.....	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Bauchschmerzen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	.....	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Muskelschmerzen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Durchfälle	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																																				
Muskelschwäche	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Haarausfall	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																																				
Kopfschmerzen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Trockene Augen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																																				
Krampfanfälle	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Schmerzen im Brustkorb	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																																				
Nasenbluten	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Schluckbeschwerden	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																																				
Ohrenschmerzen/Hörstörung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	...	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																																				
Blau- oder Blasswerden der Finger (Raynaud-Symptomatik)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	....	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																																				
Chronischer Husten	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	.....	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																																				
Bauchschmerzen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	.....	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																																				

Aktuelle Therapie (ink. Physiotherapie, Schuheinlagen etc.): *ggf. Rückseite benutzen*

Behandlung/Medikament	Dosis	Beginn	Ende	Wirksamkeit / Nebenwirkung / Kommentar

Vorangegangene Behandlungen (ink. Physiotherapie etc.), einschließlich Wirksamkeit und Nebenwirkungen *ggf. Rückseite benutzen*

Behandlung/Medikament	Dosis	Beginn	Ende	Wirksamkeit / Nebenwirkung / Kommentar

## VORGESCHICHTE

Ja	Nein	Nicht bekannt	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Bestehen bei Ihrem Kind Allergien? (Neurodermitis, Heuschnupfen, Asthma u.ä.)</b>
			Wenn ja, welche: <b>Neurodermitis/atopisches Ekzem</b> <input type="checkbox"/> <b>Heuschnupfen</b> <input type="checkbox"/> <b>Asthma bronchiale</b> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Leidet ihr Kind an chronischen Vorerkrankungen?</b> <i>ggf. Rückseite benutzen</i>
			Wenn ja, welche: _____ _____ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Waren stationäre Krankenhausaufenthalte oder chirurgische Eingriffe/Operationen erforderlich?</b>
			Wenn ja, welche: _____ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Ist eine augenärztliche Untersuchung erfolgt?</b>
			Wenn ja, wann und mit welchem Befund: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Ist die grobmotorische oder feinmotorische Entwicklung, die soziale Entwicklung oder die Sprache auffällig?</b>
			Wenn ja, welche: _____

## FAMILIENANAMNESE

Ja	Nein	Nicht bekannt	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Leidet in Ihrer Familie jemand an rheumatischen Erkrankungen wie z.B.</b> <input type="checkbox"/> Juvenile idiopathische Arthritis (JIA) <input type="checkbox"/> rheumatoide Arthritis (RA) <input type="checkbox"/> Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew) <input type="checkbox"/> Uveitis (Iridozyklitis, Regenbogenhautentzündung des Auges) <input type="checkbox"/> Frühformen der Arthrose?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) wie Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa?</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Schuppenflechte/Psoriasis?</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Autoinflammatorische Erkrankung, periodische Fiebersyndrome, Gefäßentzündungen (Vaskulitiden)?</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Autoimmunerkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 1, Zöliakie (Sprue), Systemischer Lupus Erythematodes (SLE), Schilddrüsenerkrankungen?</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Bestehen andere chronische Erkrankungen in Ihrer Familie?</b>
			Falls Sie bei einer der vorangegangenen Fragen JA angaben, wer/woran/ungefähres Alter bei Auftreten: _____ _____ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>GESCHWISTER</b>
			Falls ja, Geschlecht und Alter: _____

