

Kinderimmunologische & -rheumatologische Ambulanz des UKL – Elternfragebogen: periodische Fiebersyndrome

Liebe Eltern,

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

1. den ausgefüllten Fragebogen
2. das gelbe Heft und den Impfpass
3. Bitte führen Sie einen Fieberkalender
4. Arztbriefe und Untersuchungsergebnisse (sofern im Vorfeld nicht bereits zugeschickt)
5. Röntgen/MRT-Bilder auf CD (sofern vorhanden)
6. einen für das Quartal gültigen Überweisungsschein an „Kinderimmunologische Ambulanz, UKL“

PATIENTENINFORMATIONEN

Patientenname: _____ Datum der Vorstellung: _____

Geburtsdatum: _____ Nationalität: _____ Geschlecht: weiblich männlich

HAUPTBESCHWERDEN

Beginn der Fieberschübe in Lebensmonat/-jahr: _____

Fieber-/Beschwerdedauer: <1 Tag 1-3 Tage 3-7 Tage >7 Tage

regelmäßige Periodizität der Fieberschübe (Fieberschub vorhersagbar): ja nein

Beschwerdefreie Intervalle: nie <3 Wochen 3-5 Wochen einige Monate

Auftreten der Fieber-/Beschwerdeattacken im Verlauf: konstant abnehmend zunehmend

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/Vorbriefe bitte mitbringen) _____

BEGLEITSYMPTOME WÄHREND DES FIEBERS

Ja	Nein	Nicht bekannt	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HAUTERSCHEINUNGEN (z. B. Rötungen, Quaddeln, Einblutungen)
			Wenn ja, welche: _____ Körperregion: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GELENKBETEILIGUNG
			Rötung <input type="checkbox"/> Schwellung <input type="checkbox"/> Überwärmung <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Funktionsbeeinträchtigung <input type="checkbox"/> Betroffene Gelenke: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MUSKELSCHMERZEN
			Körperregion: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	THORAXSCHMERZEN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BINDEHAUTENTZÜNDUNGEN (KONJUNKTIVITIS)
			Wenn ja: schmerzhaft: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LICHTEMPFINDLICHKEIT

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ÖDEME / Weichteilschwellungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Offene Stellen/APHTHEN oder ULZERA im MUNDBEREICH
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MANDEL- oder RACHENENTZÜNDUNGEN (PHARYNGITIS / TONSILLITIS)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LYMPHKNOTENSCHWELLUNG
			Körperregion: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GASTROINTESTINALE BESCHWERDEN (Bauchschmerzen, Erbrechen, Durchfall)
			Wenn ja, welche: _____ akut-wiederkehrend <input type="checkbox"/> chronisch <input type="checkbox"/> Dauer der Beschwerden: _____, Appendektomie: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEPATOSPLENOMEGALIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ZNS-SYMPTOME (z. B. Kopfschmerzen)
			Wenn ja, welche: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SCHWERHÖRIGKEIT/ TAUBHEIT
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KÄLTEINTOLERANZ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ANDERE AUTOIMMUNERKRANKUNGEN (M. Crohn, Colitis ulcerosa, M. Behcet, Vaskulitis, Kollagenose, Psoriasis, Vitiligo, Diabetes mellitus, Thyreoiditis)
			Wenn ja, Details: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GESICHTSAUFFÄLLIGKEITEN
			Wenn ja, welche: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PERZENTILENKNICHT in der GEWICHTSENTWICKLUNG , im LÄNGEN- oder KOPFWACHSTUM
			Gewichtsentwicklung <input type="checkbox"/> Längenwachstum <input type="checkbox"/> Kopfwachstum <input type="checkbox"/>

VORGESCHICHTE

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

SCHWANGERSCHAFT

Ja	Nein	Nicht bekannt	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BESONDERE VORKOMMISSE
			Wenn ja, welche: _____ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MEDIKAMENTENEINNAHME
			Wenn ja, welche / zu welchem Zeitpunkt: _____ _____

GEBURT

Schwangerschaftsdauer in Wochen: _____ Geburtsgewicht in g: _____

Körperlänge in cm: _____ Kopfumfang in cm: _____

Nabelschnurabfall: unter 2. Lebenswoche über 2. Lebenswoche unbekannt

Komplikationen: _____

FAMILIENANAMNESE

Ja	Nein	Nicht bekannt	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CHRONISCHE ERKRANKUNGEN in der Familie
			Wenn ja, welche: _____ _____ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie, die Eltern des Patienten, (möglicherweise) blutsverwandt? (Konsanguinität)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GESCHWISTER
			Anzahl der Geschwister: _____ Erkrankungen der Geschwister: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche: _____ _____ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KINDERGARTENBESUCH von Patient
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KINDERGARTENBESUCH von Geschwistern

SOZIALANAMNESE

Kindergarten oder Schulbesuch: _____ Schulform: _____ Klasse: _____ Leistungen: _____

Teilnahme am Sportunterricht? Ja Nein Note (ggf. Befreiungsgrund): _____**Wie viele krankheitsbedingte Fehltage hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten?****Hat Ihr Kind Hobbys?**

Wird Freizeitsport betrieben?

Beruf Vater: _____ Beruf Mutter: _____

IMPFSTATUS

Bitte übertragen Sie den Impfstatus (ein Kreuz für jede erfolgte Impfung)

Tetanus / Diphtherie / Pertussis	Poliomyelitis	HPV (Humanes Papillomavirus)	Hepatitis B	Masern, Mumps, Röteln (MMR)	Varizellen (VZV)	Meningokokken	Pneumokokken	Influenza	SARS-Cov-2	FSME	Weitere (bitte angeben)

Sonstiges:
