

Kinder - und Jugendrheumatologie

Fragebogen – Erstvorstellung

Datum:

Patientendaten: Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon-Nr.: _____

E-Mail Adresse: _____ **Überweisung durch:** _____

Betreuer Kinderarzt/Hausarzt (-ärztin): _____

Diagnose/ Verdachtsdiagnose: _____

Welche Beschwerden und seit wann?:

Morgensteifigkeit?: ja nein Wetterföhligkeit?: ja nein Atemnot?: ja nein

Hautausschlag?: ja nein Haarausfall?: ja nein Müdigkeit?: ja nein

Kopfschmerzen?: ja nein Aphthen?: ja nein Nachtschweiß?: ja nein

Bauchschmerzen?: ja nein Infekt aktuell?: ja nein Schlafstörung?: ja nein

Gewichtsverlust?: ja nein

Allergien? ja nein wenn ja, welche?: _____

Aktuelle Medikation: _____

Wann zuletzt Vorstellung beim Augenarzt? _____ Auffälligkeiten?: ja nein

Letzte Blutentnahme? _____ Auffälligkeiten?: ja nein

Physiotherapie? ja ____ x/ Woche nein Ergotherapie? ja ____ x/ Woche nein

Hilfsmittel? ja nein wenn ja, welche?: _____

Röntgen/ MRT? ja nein wenn ja, welche?: _____

Beruf der Mutter: _____ **Beruf des Vaters:** _____

Operationen oder ernsthafte Vorerkrankungen? _____

Familienanamnese:

entzündlich-rheumatische Erkrankungen: ja nein

wenn ja, welche? _____

bei wem? _____

Psoriasis: ja nein

bei wem? _____

Schildrüsenerkrankungen: ja nein

Unterfunktion Überfunktion Hashimoto-Thyreoiditis

bei wem? _____

chronisch-entzündliche Darmerkrankung: ja nein

Morbus Crohn Morbus ulcerosa

bei wem? _____

Zöliakie: ja nein

bei wem? _____

Diabetes-mellitus-Typ I: ja nein

bei wem? _____

Multiple Sklerose: ja nein

bei wem? _____

Andere Erkrankungen:

bei wem? _____

Sozialanamnese:

Kindergarten- oder Schulbesuch: ja nein

Schulsportteilnahme möglich: ja nein

Freizeitsport? _____