

Kinder - und Jugendrheumatologie

Fragebogen – Erstvorstellung

Datum: _____

Patientendaten: Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon-Nr.: _____

E-Mail Adresse: _____ Überweisung durch: _____

Betreuender Kinderarzt/Hausarzt (-ärztin): _____

Diagnose/ Verdachtsdiagnose: _____

Welche Beschwerden und seit wann?: _____

Morgensteifigkeit?: ja ☐ nein ☐ Wetterfühligkeit?: 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? _____

Schilddrüsenerkrankungen: 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?: _____