

# Kerndokumentation 2016

Hier bitte  
„Einrichtungsetikett“  
aufkleben!

ID-Nr.: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
Bitte ID-Nummer eintragen unter welcher Pat.  
geführt wird - nur Nummern ab 2000!  
  
Hier bitte Etikett für  
neue / erstmalig dok.  
Patienten aufkleben!

## Fragebogen für rheumakranke Jugendliche und junge Erwachsene (Patienten ab 13 Jahre)

Wie du dem Informationsblatt entnommen hast, möchten wir dich bitten, den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen. **Bitte versuche, jede Frage zu beantworten.**

<b>Seit wann hast du deine rheumatischen Beschwerden?</b>	_____	<i>Hier bitte nichts eintragen!</i> <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																		
(Monat/Jahr)																				
<b>Wann wurdest du zum ersten Mal durch einen Kinderrheumatologen betreut?</b> (ambulant oder im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes)	_____																			
(Monat/Jahr)																				
<b>Seit wann wirst du in dieser Ambulanz/Sprechstunde betreut?</b> (gilt nur für ambulant behandelte Patienten)	_____																			
(Monat/Jahr)																				
<b>Wurdest du wegen deiner rheumatischen Erkrankung bereits operiert?</b> Gelenkpunktionen bitte <u>nicht</u> mitzählen.																				
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, und zwar: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Mal																				
<b>Hast du in den <u>letzten 4 Wochen</u> wegen deiner rheumatischen Krankheit in der Schule oder an der Ausbildungsstätte gefehlt?</b>																				
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, und zwar: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Tage																				
<b>Warst du in den <u>letzten 12 Monaten</u> wegen deiner rheumatischen Krankheit stationär im Krankenhaus?</b>																				
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, und zwar: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Wochen und <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> Tage																				
<b>Welche der folgenden Behandlungen hast du in den <u>letzten 12 Monaten</u> erhalten?</b> Bitte gib nur solche Behandlungen an, die <b>durch einen Arzt</b> verordnet worden sind und die du ambulant, also <b>nicht</b> während eines Krankenhaus- oder Kuraufenthaltes, erhalten hast.																				
<input type="radio"/> Krankengymnastik (einzeln oder in der Gruppe)																				
<input type="radio"/> Bewegungsbad (einzeln oder in der Gruppe)																				
<input type="radio"/> Ergotherapie (z.B. Gelenkschutzberatung, Hilfsmittel)																				
<input type="radio"/> ich habe <b>keine</b> derartige Behandlung erhalten																				
<b>Hast du oder haben deine Eltern in den <u>letzten 12 Monaten</u> an einem Eltern-/Patientenschulungsprogramm teilgenommen?</b> Zum Beispiel an einem Schulungswochenende der Rheuma-Liga oder während eines Krankenhaus- oder Kuraufenthaltes.																				
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja																				
<b>Verwendest du orthopädische Hilfsmittel?</b>																				
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, und zwar:	<input type="radio"/> Schienen oder Bandagen (z.B. Kniegelenkbandagen, Handgelenkschienen)																			
	<input type="radio"/> orthopädische Schuhe																			
	<input type="radio"/> Halsmanschette																			
	<input type="radio"/> Einlagen/Sohlenerhöhung																			

Bitte beantworte uns nachfolgende Fragen aus dem Bereich körperliche Aktivität.

<b>Wie oft bist du in deiner Freizeit körperlich aktiv (z.B. Sport, Fahrrad fahren usw.), so dass du richtig ins Schwitzen kommst oder außer Atem bist?</b>	
<input type="radio"/> etwa jeden Tag <input type="radio"/> 3-5-mal in der Woche <input type="radio"/> etwa 1-2-mal in der Woche	
<input type="radio"/> <1-mal pro Woche <input type="radio"/> nie	
<b>Wie viele Stunden sind das etwa in einer Woche?</b> ungefähr _____ Stunden	
<b>Wie schätzt du deine körperliche Leistungsfähigkeit ein?</b>	
<input type="radio"/> sehr gut <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> nicht besonders <input type="radio"/> gar nicht gut	

Mit Hilfe der nachfolgenden Fragen möchten wir erfahren, wie stark du im Alltag durch deine rheumatische Erkrankung beeinträchtigt bist. Kreuze bitte jeweils nur die Antwort an, die am besten deine Möglichkeiten in der vergangenen Woche beschreibt.

	problem- los	leicht erschwert	stark erschwert	nicht möglich
<b>1. Anziehen und Körperpflege</b>				
Kannst du:				
• dich allein anziehen, die Schnürsenkel binden, Knöpfe schließen oder öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dir allein die Haare waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dir allein die Socken an- und ausziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dir allein die Fingernägel schneiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Aufstehen</b>				
Kannst du:				
• von einem niedrigen Stuhl oder vom Boden aufstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dich ins Bett legen oder aus dem Bett aufstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Essen und Trinken</b>				
Kannst du:				
• bei Tisch ein Messer zum Schneiden benutzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• eine Tasse oder ein Glas zum Mund führen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• eine neue Packung Cornflakes oder Müsli öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Gehen</b>				
Kannst du:				
• draußen auf ebenem Boden gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• fünf Stufen hinaufgehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Körperpflege</b>				
Kannst du:				
• dich allein am ganzen Körper waschen und abtrocknen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dich allein baden (in die Wanne ein- und aussteigen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• die Toilette benutzen und wieder aufstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dir die Zähne putzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dir die Haare kämmen oder bürsten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Erreichen von Gegenständen</b>				
Kannst du:				
• einen schweren Gegenstand, z.B. ein großes Spiel oder Bücher, über Kopfhöhe erreichen und herunterholen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dich bücken, um ein Kleidungsstück oder ein Blatt Papier vom Boden aufzuheben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• einen Pullover über den Kopf anziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• den Kopf drehen, um über die Schulter zurückzuschauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Greifen</b>				
Kannst du:				
• mit Kugelschreiber oder Bleistift schreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autotüren öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schraubverschlüsse aufmachen, die schon einmal geöffnet waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Wasserhähne auf- und zudrehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• eine Tür mit einem Türknauf öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. Aktivitäten und häusliche Aufgaben</b>				
Kannst du:				
• allein einkaufen und Kleinigkeiten erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• in Auto, Bus oder Straßenbahn ein- und aussteigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fahrrad fahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Haushalt helfen (z.B. abwaschen, Müll wegbringen, Staub saugen, bei der Gartenarbeit helfen, dein Bett machen, dein Zimmer aufräumen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• rennen und spielen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Wie du vielleicht bereits weißt, steht mit Erreichen der Volljährigkeit der Wechsel in die Erwachsenenmedizin an. Eine Vorbereitung darauf ist wichtig. Bitte kreuze von den folgenden Aussagen, die Antwort an, welche am besten auf dich zutrifft.

	Ich kenne mich gar nicht aus	Ich kenne mich etwas aus	Ich kenne mich ganz gut aus	Ich kenne mich sehr gut aus	Trifft nicht auf mich zu
Ich kann meine Erkrankung benennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne die Namen meiner Medikamente und weiß, welche Behandlungen ich erhalte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß, wofür meine Medikamente und Behandlungen sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß, an wen ich mich bei gesundheitlichen Problemen wenden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß um den Einfluss von Rauchen, Drogen und Alkohol auf meine Erkrankung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß, wie ich einen Arzttermin vereinbare.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß, welche Ärzte zuständig sind, wenn ich die Kinderklinik verlasse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich mache das nie	Ich mache das selten	Manchmal ja, manchmal nein	Ich mache das meistens	Trifft nicht auf mich zu
Ich benachrichtige meinen Arzt bei ungewöhnlichen Veränderungen in Bezug auf meine Gesundheit (z.B. bei allergischen Reaktionen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hebe Informationen zu meiner Erkrankung auf (z.B. wichtige Befunde).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich stelle eigene Fragen in der Klinik oder Arztpraxis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann die Fragen, die mir gestellt werden (z.B. von Arzt, Physiotherapeut, Pflegepersonal) beantworten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kümmere mich um meine eigenen gesundheitlichen Belange und Bedürfnisse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich besuche die Sprechstunde oder Behandlungsstunden (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie) allein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich spreche während des Arztbesuches oder des Termins bei weiteren Behandlern (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie) für mich selbst und sage, was ich brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschließend haben wir noch einige persönliche Fragen.

**Welche Schule besuchst du?**

- Grundschule                       Haupt-/Realschule                       Gesamtschule  
 Gymnasium                       berufsbildende Oberschule (z.B. berufliches Gymnasium, Fachoberschule)  
 andere Schule: \_\_\_\_\_  
 ich gehe nicht mehr zur Schule

**Wenn du noch zur Schule gehst, in welcher Klasse bist du? \_\_\_\_\_ Klasse**

**Wenn du noch zur Schule gehst, hast du in den letzten 4 Wochen am Schulsport teilgenommen?**

- immer                       manchmal nicht                       häufig nicht                       ich bin vom Schulsport befreit

**Hast du bereits einen Schulabschluss erreicht, welcher Abschluss ist es?**

- keinen Schulabschluss                       Realschulabschluss                       Abitur/Hochschulreife  
 Hauptschulabschluss                       Fachhochschulreife                       ich gehe noch zur Schule

**In welchem Jahr wurdest du geboren?**

Hier bitte nichts eintragen!


**Nenne dein Geschlecht**     weiblich                       männlich

**Wo wohnst du?** Gib bitte den Landkreis an, zu dem dein Wohnort gehört bzw. bei Großstädten zusätzlich den Stadtteil.

**Heutiges Datum:**     |   | 1 | 6 |

Tag      Monat

**Vielen Dank für deine Mitarbeit!**