

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.**

Seit wann hast du deine rheumatischen Beschwerden? _____ (Monat/Jahr)

Wann wurdest du zum ersten Mal durch einen Kinderreumatologen betreut? _____ (Monat/Jahr)
(ambulant oder im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes)

Seit wann wirst du in dieser Ambulanz/Sprechstunde betreut? _____ (Monat/Jahr)
(gilt nur für ambulant behandelte Patienten)

Wurdest du wegen deiner rheumatischen Erkrankung bereits operiert?
Gelenkpunktionen bitte nicht mitzählen.

nein ja, und zwar:

--	--

 Mal

Hast du in den letzten 4 Wochen wegen deiner rheumatischen Krankheit in der Schule oder an der Ausbildungsstätte gefehlt?

nein ja, und zwar:

--	--

 Tage

Warst du in den letzten 12 Monaten wegen deiner rheumatischen Krankheit stationär im Krankenhaus?

nein ja, und zwar:

--	--

 Wochen und

--

 Tage

Welche der folgenden Behandlungen hast du in den letzten 12 Monaten erhalten?
Bitte gib nur solche Behandlungen an, die **durch einen Arzt** verordnet worden sind und die du ambulant, also **nicht** während eines Krankenhaus- oder Kuraufenthaltes, erhalten hast.

Krankengymnastik (einzeln oder in der Gruppe) Bewegungsbad (einzeln oder in der Gruppe)

Ergotherapie (z.B. Gelenkschutzberatung, Hilfsmittel) ich habe **keine** derartige Behandlung erhalten

Hast du oder haben deine Eltern in den letzten 12 Monaten an einem Eltern-/Patientenschulungsprogramm teilgenommen? Beispiele: Schulungswochenende der Rheuma-Liga, Krankenhaus- oder Kuraufenthalt

nein ja

Verwendest du orthopädische Hilfsmittel?

nein ja, und zwar: Schienen oder Bandagen (z.B. Kniegelenkbandagen, Handgelenkschienen)

orthopädische Schuhe Halsmanschette

Einlagen/Sohlenerhöhung

Hier bitte nichts eintragen!

An wie vielen Tagen einer normalen Woche bist du für mindestens 60 Minuten am Tag körperlich aktiv?

an 7 Tagen an 6 Tagen an 5 Tagen an 4 Tagen

an 3 Tagen an 2 Tagen an einem Tag an keinem Tag

Treibst du Sport? Alle Arten von Sport im Verein oder außerhalb eines Vereins (außer Schulsport).

nein ja

Wenn nein, warum treibst du keinen Sport?

kein Interesse gesundheitliche Gründe keine Zeit

kein passendes Angebot in der Nähe sonstiges: _____

Wenn ja, welchen Sport betreibst du? Du kannst bis zu 3 Sportarten benennen.

	im Verein	außerhalb eines Vereins	sowohl im Verein sowie außerhalb vom Verein
1. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie schätzt du deine körperliche Leistungsfähigkeit ein?

sehr gut gut mittel nicht besonders gar nicht gut

Hier bitte nichts eintragen!

Im Folgenden 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
1. Anziehen und Körperpflege				
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"/>
2. Aufstehen				
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"/>
3. Essen und Trinken				
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"/>
4. Gehen				
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"/>
5. Körperpflege				
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"/>
6. Erreichen von Gegenständen				
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"/>
7. Greifen				
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"/>
8. Aktivitäten und häusliche Aufgaben				
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"/>

