

# Kerndokumentation 2025

Hier bitte  
„Einrichtungsetikett“  
aufkleben!

ID-NR.:

Bitte ID-Nummer eintragen unter welcher der Pat.  
geführt wird!

Hier Etikett für neue / erstmalig  
dokumentierte Patientinnen  
und Patienten aufkleben!

## Fragebogen für Eltern Patientinnen und Patienten unter 12 Jahre

Wir möchten Sie bitten, den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen. **Bitte versuchen Sie, jede Frage zu beantworten.**

Geburtsjahr Ihres Kindes       Geschlecht  weiblich  männlich  anderes  
Heutiges Datum       2 5

1. Wann begannen die rheumatischen Beschwerden Ihres Kindes?            
Tag Monat Jahr
2. Wann wurde Ihr Kind zum ersten Mal einem Kinderrheumatologen vorgestellt?            
Tag Monat Jahr
3. Wie lange dauerte es von der Überweisung bis zur Erstvorstellung Ihres Kindes bei einem/r Kinder- und Jugendrheumatologen/in?  
Anzahl der Wochen   und der Tage    weiß ich nicht
4. Hat Ihr Kind in den letzten 12 Monaten wegen seiner rheumatischen Krankheit in der Krippe, im Kindergarten oder in der Schule gefehlt?  
 nein  ja, und zwar:       Tage  trifft nicht zu
5. War Ihr Kind in den letzten 12 Monaten wegen seiner rheumatischen Krankheit stationär im Krankenhaus?  
 nein  ja, und zwar:   Wochen und   Tage
6. Welche der folgenden Behandlungen hat Ihr Kind in den letzten 12 Monaten erhalten?  
*Bitte geben Sie nur solche Behandlungen an, die ärztlich verordnet worden sind und die Ihr Kind ambulant, also nicht während eines Krankenhausaufenthaltes bzw. einer Rehabilitations- oder Kurmaßnahme, erhalten hat.*  
 Krankengymnastik (einzeln oder in der Gruppe)  Bewegungsbad (einzeln oder in der Gruppe)  
 Ergotherapie (z.B. Gelenkschutzberatung, Hilfsmittel)  mein Kind hat **keine** derartige Behandlung erhalten
7. Haben Sie oder hat Ihr Kind in den letzten 12 Monaten an einer Schulung für Eltern oder Patientinnen und Patienten teilgenommen? *Zum Beispiel an einem Schulungswochenende der Rheuma-Liga oder während eines Krankenhausaufenthaltes bzw. einer Rehabilitations- oder Kurmaßnahme.*  
 nein  ja
8. Hat Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate wegen seiner rheumatischen Erkrankung an einer Rehabilitations- oder Kurmaßnahme teilgenommen?  
 nein  ja
9. Verwendet Ihr Kind orthopädische Hilfsmittel?  
 nein  ja, und zwar:  Schienen oder Bandagen (z.B. Kniegelenkbandagen, Handgelenkschienen)  
 orthopädische Schuhe  Halsmanschette  
 Einlagen/Sohlenerhöhung
10. Hat Ihr Kind in den letzten 5 Jahren die Diagnose juvenile idiopathische Arthritis (JIA) erhalten?  
 nein, bitte weiter mit Frage 15  ja, bitte beantworten Sie die folgenden Fragen
11. Wann haben Sie mit Ihrem Kind wegen der Beschwerden erstmals einen Arzt aufgesucht?            
Tag Monat Jahr
12. Wie viele verschiedene Ärzte haben Sie insgesamt aufgesucht bis bei Ihrem Kind die JIA diagnostiziert wurde?  
Anzahl der Ärzte insgesamt    weiß ich nicht
13. Welche Ärzte haben Sie mit Ihrem Kind bis zur Diagnosestellung aufgesucht? *Mehrfachangaben möglich.*  
 Kinderarzt  Allgemeinmediziner/Hausarzt  Orthopäde  Chirurg  
 Hautarzt  Augenarzt  andere \_\_\_\_\_
14. Wie viel Zeit verging zwischen der Erstvorstellung beim Kinderrheumatologen und der ersten Untersuchung beim Augenarzt (zum Ausschluss einer Uveitis/Regenbogenhautentzündung)?  
Anzahl der Wochen   und der Tage    weiß ich nicht

15. Mit Hilfe der nachfolgenden Fragen möchten wir erfahren, ob Ihr Kind im Alltag durch seine rheumatische Erkrankung beeinträchtigt ist. Kreuzen Sie bitte jeweils nur die Antwort an, die am besten seine Möglichkeiten in der vergangenen Woche beschreibt. Notieren Sie bitte nur die auf der Erkrankung beruhenden Schwierigkeiten und Beeinträchtigungen. Wenn Ihr Kind eine der unten aufgeführten Tätigkeiten üblicherweise noch nicht ausführen kann, weil es zu jung ist, dann kreuzen Sie bitte „altersbedingt nicht möglich“ an.

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

**Bitte kreuzen Sie alle Hilfsmittel an, die Ihr Kind gewöhnlich für eine der folgenden Tätigkeiten benutzt:**

Mein Kind benötigt keine Hilfsmittel

Mein Kind benötigt für die angegebenen Tätigkeiten folgende Hilfsmittel:

1. Anziehen und Körperpflege:  Hilfsmittel zum Anziehen, z.B. Knöpfhaken, Reißverschlusszieher, verlängerten Schuhlöffel
2. Aufstehen:  Spezialstuhl oder erhöhten Stuhl
3. Essen und Trinken:  besondere Hilfsmittel beim Essen u. Trinken, z.B. besonderes Besteck
4. Gehen:  Gehstützen  
 Therapieroller, -fahrrad  
 Rollstuhl
5. Körperpflege:  erhöhten Toilettensitz  
 Badewannensitz  
 Haltegriff an der Badewannenstange
6. Erreichen von Gegenständen:  Geräte mit langen Stielen zum Erreichen bestimmter Gegenstände
7. Greifen:  Geräte mit langen Stielen im Badezimmer  
 Schraubverschluss-Öffner für Gläser (die schon vorher geöffnet waren)  
 Bleistiftverdickung oder spezielle Schere oder Schreibgeräte

andere Hilfsmittel für die genannten Tätigkeiten: \_\_\_\_\_

**Bitte kreuzen Sie die Bereiche an, in denen Ihr Kind aufgrund seiner Erkrankung normalerweise Hilfe von anderen benötigt:**

keine fremde Hilfe erforderlich

Mein Kind benötigt Hilfe in folgenden Bereichen:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anziehen          | <input type="checkbox"/> Gehen                      | <input type="checkbox"/> Greifen                            |
| <input type="checkbox"/> Aufstehen         | <input type="checkbox"/> Körperpflege               | <input type="checkbox"/> Aktivitäten und häusliche Aufgaben |
| <input type="checkbox"/> Essen und Trinken | <input type="checkbox"/> Erreichen von Gegenständen |   |

©CHAQ

Nun möchten wir von Ihnen erfahren, wie es Ihrem Kind mit seiner Krankheit im Augenblick geht.

Die nachfolgenden Skalen gehen von „0“ bis „10“. Wenn Sie z.B. den Gesundheitszustand Ihres Kindes als sehr gut einschätzen, kreuzen Sie bitte den Anfangspunkt (ersten Kreis) an. Wenn Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes als sehr schlecht einschätzen, kreuzen Sie den Endpunkt (letzten Kreis) an. Ansonsten entscheiden Sie sich für einen Kreis zwischen dem Anfangs- und Endpunkt.

**16. Wie beurteilen Sie im Großen und Ganzen den derzeitigen Gesundheitszustand Ihres Kindes?**

sehr gut  0  0.5  1  1.5  2  2.5  3  3.5  4  4.5  5  5.5  6  6.5  7  7.5  8  8.5  9  9.5  10  sehr schlecht

**17. Wie würden Sie die Schmerzen Ihres Kindes in den vergangenen 7 Tagen einschätzen?**

keine Schmerzen  0  0.5  1  1.5  2  2.5  3  3.5  4  4.5  5  5.5  6  6.5  7  7.5  8  8.5  9  9.5  10  sehr starke Schmerzen

**18. Hat Ihr Kind in den vergangenen 7 Tagen unter ungewöhnlicher Erschöpfung und Müdigkeit gelitten?**

gar nicht  0  0.5  1  1.5  2  2.5  3  3.5  4  4.5  5  5.5  6  6.5  7  7.5  8  8.5  9  9.5  10  sehr stark

**19. Wie aktiv ist die rheumatische Erkrankung aktuell?**

nicht aktiv  0  0.5  1  1.5  2  2.5  3  3.5  4  4.5  5  5.5  6  6.5  7  7.5  8  8.5  9  9.5  10 hoch aktiv

 

**20. Wie kommt Ihr Kind zurzeit mit seiner Krankheit zurecht?**

sehr gut  0  0.5  1  1.5  2  2.5  3  3.5  4  4.5  5  5.5  6  6.5  7  7.5  8  8.5  9  9.5  10  sehr schlecht



**33. Umgang des Spezialisten/ der Spezialistin mit Ihrem Kind. Bitte denken Sie an Ihren letzten Besuch in der Klinikambulanz/ Facharztpraxis.**

Waren Sie zufrieden...	nicht zufrieden	teilweise zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden	äußerst zufrieden
... mit den Bemühungen, die unternommen wurden, damit Ihr Kind sich wohl fühlt?	<input type="radio"/>				
... mit der Aufmerksamkeit des Arztes/der Ärztin Ihrem Kind gegenüber?	<input type="radio"/>				

**34. Zufriedenheit mit dem Facharzt/ der Fachärztin. Bitte denken Sie an Ihren letzten Besuch in der Facharztpraxis oder in der Sprechstunde der Klinik.**

Waren Sie zufrieden...	nicht zufrieden	teilweise zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden	äußerst zufrieden
... mit der Fähigkeit der Ärzte, verständlich zu erklären?	<input type="radio"/>				
... mit der Zeit, welche die Ärzte für Sie und Ihr Kind hatten?	<input type="radio"/>				

**35. Allgemeine Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung Ihres Kindes. Bitte denken Sie an die letzten 12 Monate.**

Waren Sie zufrieden...	nicht zufrieden	teilweise zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden	äußerst zufrieden
... mit der gesundheitlichen Versorgung Ihres Kindes ganz allgemein?	<input type="radio"/>				

*Abschließend haben wir noch einige Fragen zu Ihrem Kind und Ihrer Familie.*

**36. Welche Schule besucht Ihr Kind?**

- noch keine       Grundschule       Hauptschule       Realschule  
 Gesamtschule       Gymnasium       andere Schule \_\_\_\_\_

**37. Falls Ihr Kind in die Schule geht, hat es in den letzten 4 Wochen am Schulsport teilgenommen?**

- immer       manchmal nicht       häufig nicht  
 mein Kind ist vom Schulsport teilweise befreit       mein Kind ist vom Schulsport ganz befreit

**38. Wie ist Ihr Kind tagsüber außerhalb des Schulbesuchs betreut?**

- zu Hause       Tagesmutter       Kindergarten  
 Kinderkrippe       Hort/Ganztagsschule       sonstige Betreuung  
 mein Kind benötigt keine Betreuung mehr

**39. Mussten Sie innerhalb der letzten 6 Monate wegen der rheumatischen Erkrankung Ihres Kindes der Arbeit fernbleiben?**

- | Eigene Angabe  | Angabe für eine weitere sorgeberechtigte Person  |
|--|--|
| <input type="radio"/> trifft nicht zu, da nicht berufstätig  | <input type="radio"/> trifft nicht zu, da nicht berufstätig  |
| <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, und zwar: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tage | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, und zwar: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tage |

**40. Leben weitere Kinder bei Ihnen im Haushalt?**

- nein       ja, und zwar  Kinder im Alter von      Jahren  
Bitte tragen Sie die Anzahl der Kinder und deren Alter ein!

**41. Mit welchen Personen lebt das Kind in einem Haushalt? (Mehrfachantwort möglich)**

- Mutter       Vater       Stiefmutter/-vater       Großeltern  
 Geschwister       andere Personen       Kind lebt außerhalb seiner Familie

**42. Besitzt Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?**

- nein       ja      ⇒ **Grad der Behinderung**     **Merkzeichen** \_\_\_\_\_

Aus Vergleichbarkeitsgründen bitten wir Sie abschließend einige Fragen zu beantworten, die aus der KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland stammen. Mit Vater und Mutter meinen wir die Personen, die mit dem Kind in einem Haushalt leben. Mit der Bezeichnung Mutter oder Vater sind auch diejenigen Personen gemeint, die an die Stelle der leiblichen Eltern treten, z.B. Lebenspartnerin des Vaters, Stiefvater o.a.

**43. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?**

	Mutter	Vater
noch keinen Abschluss (noch Schüler)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hauptschule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realschule/Mittlere Reife/Mittlerer Schulabschluss (MSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, Fachhochschulreife/Fachoberschule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
anderer Schulabschluss (z.B. im Ausland erworben)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**44. In den folgenden Fragen geht es um Ihre berufliche Ausbildung sowie Ihre berufliche Stellung.**

**Höchster beruflicher Abschluss**

**Berufliche Stellung** (Wenn Sie derzeit nicht oder nicht mehr berufstätig sind, nennen Sie bitte die letzte berufliche Stellung.)

	Mutter	Vater		Mutter	Vater
Keinen Abschluss, noch in beruflicher Ausbildung z.B. Student/in, AZUBI, Praktikant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Angestellte/Angestellter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
keinen Berufsabschluss und nicht AZUBI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Arbeiterin/Arbeiter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Beamtin/Beamter (auch Anwärter/Anwärterin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Berufsfachschule, Handelsschule (beruflich-schulische Ausbildung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Selbstständig erwerbstätig mit Angestellten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachschule z.B. Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Selbstständig erwerbstätig ohne Angestellte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachhochschule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mithelfende/r Familienangehörige/r	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Universität/Hochschule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Auszubildende/Auszubildender	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sonstiger beruflicher Abschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	noch nie erwerbstätig gewesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____			sonstiges _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**45. Wo wohnt Ihr Kind?** Geben Sie bitte Ihre Postleitzahl an.

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**