

Im Folgenden möchten wir erfahren, ob 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- oder 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"/>

Bitte kreuze alle Hilfsmittel an, die du gewöhnlich für eine der folgenden Tätigkeiten benutzt:

Ich benötige keine Hilfsmittel

Ich benötige für die angegebenen Tätigkeiten folgende Hilfsmittel:

- 1. Anziehen und Körperpflege: Hilfsmittel zum Anziehen, z.B. Knöpfhaken, 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
 Therapiefahrrad
 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 kreuze die Bereiche an, in denen du aufgrund deiner Erkrankung normalerweise Hilfe von anderen benötigst:

Ich brauche keine fremde Hilfe

Ich brauche Hilfe in folgenden Bereichen:

- Ankleiden Aufstehen Essen und Trinken Körperpflege Greifen
- Gehen Erreichen von Gegenständen Aktivitäten und häusliche Aufgaben

© CHAQ

Nun möchten wir von dir erfahren, wie es dir mit deiner Krankheit im Augenblick ergeht.

Die nachfolgenden Skalen gehen von „0“ bis „10“. Wenn du z.B. deinen Gesundheitszustand als sehr gut einschätzt, kreuze bitte den Anfangspunkt (ersten Kreis) an. Wenn du deinen Gesundheitszustand als sehr schlecht einschätzt, kreuze den Endpunkt (letzten Kreis) an. Ansonsten entscheide dich für einen Kreis zwischen dem Anfangs- und Endpunkt.

Wie beurteilst du im Großen und Ganzen deinen derzeitigen Gesundheitszustand?

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

Wie würdest du die Stärke deiner Schmerzen 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

Hast du 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

Wie aktiv ist deine 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?

 

Wie kommst du zurzeit mit deiner 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

In den folgenden Fragen geht es um dein Freizeit- und Schlafverhalten.

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

14. 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"/>				

15. 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"/>				

16. Mussten Sie innerhalb der letzten 6 Monate wegen der rheumatischen Erkrankungen 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"/> Tage	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, und zwar: <input type="text"/> <input type="text"/> Tage

17. 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!

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

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

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.

19. 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"/>

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

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!