

☐ ja, fast immer ☐ häufig ☐ manchmal ☐ selten ☐ gar nicht ☐ keine Übungen erforderlich

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: | <input type="checkbox"/> Hilfsmittel zum Anziehen, z. B. Knöpfhaken, verlängerten Schuhlöffel |
| 2. Aufstehen: | <input type="checkbox"/> Spezialstuhl oder erhöhten Stuhl |
| 3. Essen und Trinken: | <input type="checkbox"/> besondere Hilfsmittel beim Essen u. Trinken, z. B. besonderes Besteck |
| 4. Gehen: | <input type="checkbox"/> Gehstützen |
| | <input type="checkbox"/> Therapiefahrrad |
| | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |
| 5. Körperpflege: | <input type="checkbox"/> erhöhten Toilettensitz |
| | <input type="checkbox"/> Badewannensitz |
| | <input type="checkbox"/> Haltegriff an der Badewannenstange |
| 6. Erreichen von Gegenständen: | <input type="checkbox"/> Geräte mit langen Stielen zum Erreichen bestimmter Gegenstände |
| 7. Greifen: | <input type="checkbox"/> Geräte mit langen Stielen im Badezimmer |
| | <input type="checkbox"/> Schraubverschluss-Öffner für Gläser (die schon vorher geöffnet waren) |
| | <input type="checkbox"/> 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:

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

© CHAQ

Wie geht es dir derzeit mit deiner Erkrankung? Bitte bewerte dein gesundheitliches Befinden auf einer Skala von 0 (sehr gut) bis 10 (sehr schlecht), indem du den passenden Kreis ankreuzt.

Wie beurteilst du im Großen und Ganzen deinen derzeitigen Gesundheitszustand?

sehr gut	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0.5	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1.5	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2.5	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3.5	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4.5	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5.5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6.5	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7.5	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 8.5	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9.5	<input type="radio"/> 10	sehr schlecht
----------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	--------------------------	---------------

Wie würdest du die Stärke deiner Schmerzen in den vergangenen 7 Tagen einschätzen?

keine Schmerzen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0.5	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1.5	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2.5	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3.5	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4.5	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5.5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6.5	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7.5	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 8.5	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9.5	<input type="radio"/> 10	sehr starke Schmerzen
-----------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	--------------------------	-----------------------

Hast du in den vergangenen 7 Tagen unter ungewöhnlicher Erschöpfung und Müdigkeit gelitten?

gar nicht	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0.5	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1.5	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2.5	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3.5	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4.5	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5.5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6.5	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7.5	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 8.5	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9.5	<input type="radio"/> 10	sehr stark
-----------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	--------------------------	------------

Wie aktiv ist deine rheumatische Erkrankung aktuell?

nicht aktiv	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0.5	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1.5	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2.5	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3.5	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4.5	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5.5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6.5	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7.5	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 8.5	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9.5	<input type="radio"/> 10	hoch aktiv
-------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	--------------------------	------------



Wie kommst du zurzeit mit deiner Krankheit zurecht?

sehr gut	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0.5	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1.5	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2.5	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3.5	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4.5	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5.5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6.5	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7.5	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 8.5	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9.5	<input type="radio"/> 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?

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> an 7 Tagen | <input type="radio"/> an 6 Tagen | <input type="radio"/> an 5 Tagen |
| <input type="radio"/> an 4 Tagen | <input type="radio"/> an 3 Tagen | <input type="radio"/> an 2 Tagen |
| <input type="radio"/> an einem Tag | <input type="radio"/> an keinem Tag | |

Wie beurteilst du im Großen und Ganzen deinen Schlaf in den letzten 2 Wochen?

sehr gut	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0.5	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1.5	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2.5	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3.5	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4.5	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5.5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6.5	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7.5	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 8.5	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9.5	<input type="radio"/> 10	sehr schlecht
----------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	--------------------------	---------------

In den folgenden Fragen geht es um dein **Bewegungsverhalten an einem typischen Tag in den letzten 7 Tagen**.
 Bitte beantworte jede Frage getrennt für einen typischen Wochentag und einen typischen Wochenendtag.
 Wichtig: Die Angaben **pro Tag** müssen genau 24 Stunden ergeben.

Wie viele Stunden pro Tag ...	Der Stundenumfang muss 24h ergeben	
	wochentags	am Wochenende
... schläfst du? (z. B. Nachtschlaf inkl. Mittagsschlaf/Powernap am Tage)	_____ Stunden	_____ Stunden
... verbringst du wach im Sitzen oder Liegen (nicht schlafend)? (z. B. in der Schule, beim Lesen, Fernsehen, mit dem Handy oder im Auto)	+ _____ Stunden	+ _____ Stunden
... bewegst du dich in leichter körperlicher Aktivität*? (z. B. Gehen von Ort zu Ort, Hausarbeit, gemütliches Radfahren, leichtes Spielen)	+ _____ Stunden	+ _____ Stunden
... verbringst du mit körperlich moderater oder anstrengender Aktivität**? (z. B. mit Sport, Rennen, Ballspielen, schnellem Radfahren oder körperlicher Arbeit)	+ _____ Stunden	+ _____ Stunden
Beachte bitte: * Leichte körperliche Aktivität bedeutet, dass du dich bewegst, aber nicht ins Schwitzen kommst. ** Moderate bis anstrengende Aktivität bedeutet, dass du merklich außer Atem kommst oder schwitzt.	= 24 Stunden	= 24 Stunden

Die folgenden Fragen helfen uns zu verstehen, in welchen Situationen du hauptsächlich sitzt.
 Bitte denke an einen typischen Wochentag (mit Schule oder Arbeit) in der letzten Woche. Wenn du mehrere Dinge gleichzeitig tust (z. B. Handy während Fernsehen), gib bitte nur die Hauptaktivität an.

Wie viele Stunden pro Tag ...	pro Tag
... nutzt du in deiner Freizeit Bildschirmgeräte? (z. B. TV, Streaming, Gaming, Smartphone/Tablet, PC)	_____ Stunde(n)
... verbringst du mit Schul- oder Lernaktivitäten? (z. B. Unterricht, Lesen, Schreiben, Hausaufgaben, Lernen oder Üben)	_____ Stunde(n)
... sitzt du bei Freizeitaktivitäten, bei denen du dich mit anderen unterhältst oder entspannst? (z. B. Treffen mit Freunden, Musik hören, Basteln, Brettspiele)	_____ Stunde(n)
... verbringst du mit Fahrten? (z. B. Auto, Bus, Bahn, Motorroller, E-Bike, E-Scooter)	_____ Stunde(n)

Wie oft sitzt du länger als 60 Minuten am Stück ohne aufzustehen? ☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft ☐ sehr oft

Bitte denke bei den nächsten 3 Fragen an den letzten Termin in der Rheumasprechstunde.

Wie sehr wurde dir geholfen, das zu verstehen, weshalb du hier bist?										
überhaupt nicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sehr
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Wie sehr wurde zugehört, was dir am wichtigsten ist?										
überhaupt nicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sehr
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Wie sehr wurde bei der Planung der nächsten Schritte beachtet, was dir am wichtigsten ist?										
überhaupt nicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sehr
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

©collaboRATE

Bitte beantworte uns auch die folgenden Fragen zu deiner Zufriedenheit mit der Versorgung.

Wirst du bei Entscheidungen zu deiner Behandlung ausreichend einbezogen?					
<input type="radio"/> ja, (fast) immer	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> gar nicht	
<input type="radio"/> trifft nicht zu, da aktuell keine Behandlung					



Du bist 16 Jahre oder älter? Du hast eine juvenile idiopathische Arthritis (JIA)?
 Scanne den QR-Code, übertrage deine ID-Nummer von diesem Fragebogen ins Formular auf der Website und erhalte eine Übersicht zu deinem Krankheits- und Therapieverlauf zum Download.

Vielen Dank für deine Mitarbeit!

Zusatzfragebogen für Eltern

Hier bitte
„Einrichtungsetikett“
aufkleben!

ID-NR.:
Bitte ID-Nummer übertragen

Dieser Zusatzbogen richtet sich an deine Eltern. **Übertrage bitte zunächst die ID-Nr. von der ersten Seite in den Kasten oben rechts. Anschließend reiche den Bogen bitte an deine Eltern bzw. deine Begleitperson weiter.**

Geburtsjahr Ihres Kindes Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ anderes
Heutiges Datum 2 6

1. Wann begannen die rheumatischen Beschwerden Ihres Kindes? Tag Monat Jahr
2. Wann war Ihr Kind das erste Mal bei einem/r Kinderreumatologen/in? Tag Monat Jahr
3. Wie lange dauerte es von der Überweisung bis zur Erstvorstellung Ihres Kindes bei einem/r Kinder- und Jugendreumatologen/in?
Anzahl der Wochen und der Tage ☐ weiß ich nicht

In den folgenden drei Fragen geht es um Ihre Einschätzung zum Umgang mit Ihnen.
Bitte denken Sie an den letzten Termin in der Rheumasprechstunde.

4. Wie sehr wurde Ihnen geholfen, das zu verstehen, weshalb Ihr Kind hier ist?

überhaupt nicht	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	sehr
-----------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	------

5. Wie sehr wurde Ihnen zugehört, was Ihnen am wichtigsten ist?

überhaupt nicht	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	sehr
-----------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	------

6. Wie sehr wurde bei der Planung der nächsten Schritte beachtet, was Ihnen am wichtigsten ist?

überhaupt nicht	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	sehr
-----------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	------

©collaboRATE

Bitte beantworten Sie uns auch die folgenden Fragen zur Zufriedenheit mit der Versorgung Ihres Kindes.

7. Werden Sie bei Entscheidungen zur Behandlung Ihres Kindes ausreichend einbezogen?
☐ ja, (fast) immer ☐ häufig ☐ manchmal ☐ selten ☐ gar nicht
☐ trifft nicht zu, da aktuell keine Behandlung

8. Wie zufrieden sind Sie mit der medikamentösen Behandlung Ihres Kindes?
☐ nicht zufrieden ☐ teilweise zufrieden ☐ zufrieden ☐ sehr zufrieden ☐ äußerst zufrieden
☐ trifft nicht zu, mein Kind erhält keine medikamentöse Therapie

9. Hat man Sie bei der Betreuung Ihres Kindes zur rheumatischen Erkrankung und Behandlung informiert, oder Ihnen gesagt, wo Sie mehr Informationen dazu finden können?
☐ ja, ausreichend ☐ ja, aber nicht ausreichend ☐ nein

10. Informationen über die Erkrankung Ihres Kindes und die Diagnosestellung.

Waren Sie zufrieden...	nicht zufrieden	teilweise zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden	äußerst zufrieden
... mit der Information über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit der Information über die Erkrankung Ihres Kindes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit der Zeitdauer, die für die Diagnosestellung benötigt worden ist?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. 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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit der Aufmerksamkeit des Arztes/der Ärztin Ihrem Kind gegenüber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. 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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit der Zeit, welche die Ärzte für Sie und Ihr Kind hatten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. 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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

©CHC-SUN short

14. 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

15. 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!

16. 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.

17. 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"/>

18. 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
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"/>	Beamten/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"/>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!