

Anmeldebogen

Kinder- und Jugendrheumatologie

Kontakt:**E-Mail:** ambulanstermine.hauner@med.uni-muenchen.de**Telefax:** 089 4400 57722**Telefon Leitstelle:** 089 4400 54994 (Mo – Fr 09:00 bis 12:00
und 13:00 bis 16:00)

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Sorgeberechtigte,

zur Anmeldung in der Kinder- und Jugendrheumatologie möchten wir Sie bitten, den folgenden Fragebogen auszufüllen, damit wir einschätzen können, wer in unserem Team am besten weiterhelfen kann.

Bitte warten Sie in diesen Fällen nicht auf einen Termin bei uns und wenden Sie sich dann bitte sofort an Ihre Kinderärztin/ Ihren Kinderarzt oder an eine Notaufnahme:

- hohes Fieber und Ihr Kind wirkt schwer krank
- ein Gelenk ist plötzlich dick, heiß und nicht belastbar
- starker Gewichtsverlust

1 Wie können wir Sie erreichen?

Name

Telefonnummer

E-Mail

2 Angaben zum Kind

Nachname des Kindes

Vorname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

3 Wer hat Sie zu uns geschickt?

Name und Ort der Praxis oder Klinik

Gemeinsam. Fürsorglich. Wegweisend.



02000001 Anamnese

4 Warum kommen Sie zu uns?

Was macht Ihnen bei Ihrem Kind am meisten Sorgen?

- bitte wählen -

Gibt es noch etwas, das Ihnen Sorgen macht?

- bitte wählen -

Falls „etwas anderes“: bitte kurz beschreiben:

Hat Ihnen schon jemand gesagt, was es sein könnte?

- bitte wählen -

Falls ja, ein Stichwort genügt:

Was erwarten Sie sich von dem Termin? *(Bitte wählen Sie das Zutreffendste aus.)*

- bitte wählen -

5 Die Beschwerden Ihres Kindes

Seit wann bestehen die Beschwerden?

- bitte wählen -

Wie oft hat Ihr Kind Beschwerden?

- bitte wählen -

Wie lange halten die Beschwerden an, wenn sie da sind?

- bitte wählen -

Welche Gelenkregion ist am stärksten betroffen?

- bitte wählen -

Ist noch eine weitere Region betroffen?

- bitte wählen -

Und noch eine weitere?

- bitte wählen -

Wie viele Gelenke sind betroffen?

- bitte wählen -

Ist ein Gelenk sichtbar dick oder geschwollen?

- bitte wählen -

Sind die Gelenke morgens steif – länger als eine Viertelstunde?

(Manche Kinder humpeln nach dem Aufstehen, wollen getragen werden oder tun sich beim Anziehen schwer.)

- bitte wählen -

Wacht Ihr Kind nachts wegen Schmerzen auf?

- bitte wählen -

Wie sehr schränken die Beschwerden den Alltag ein?

(Zum Beispiel in Schule oder Kita, beim Sport, Treppensteigen oder Anziehen.)

- bitte wählen -

Wie stark ist die Erkrankung Ihres Kindes im Moment aus Ihrer Sicht?

(0 bedeutet gar nicht, 10 bedeutet so stark wie nur möglich.)

- bitte wählen -

Haben Sie zusätzlich eines dieser Dinge bemerkt?

Hatte Ihr Kind immer wieder Fieber?

- bitte wählen -

Nimmt Ihr Kind ab oder wächst es nicht richtig?

- bitte wählen -

Ist Ihr Kind auffallend müde und erschöpft?

- bitte wählen -

Hatte Ihr Kind Hautausschlag oder schuppene Stellen?

- bitte wählen -

Hatte Ihr Kind rote oder schmerzende Augen?

- bitte wählen -

Hatte Ihr Kind Bauchschmerzen, Durchfall oder Blut im Stuhl?

- bitte wählen -

Hatte Ihr Kind immer wieder wunde Stellen im Mund (Aphten)?

- bitte wählen -

6 Bisherige Untersuchungen und Behandlung

War Ihr Kind wegen dieser Beschwerden schon bei anderen Ärztinnen oder Ärzten oder im Krankenhaus?

- bitte wählen -

Falls ja, wo und wann:

Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente?

- bitte wählen -

Falls ja, welche und wie viel:

Gibt oder gab es früher schwerere Erkrankungen, Operationen oder Unfälle?

- bitte wählen -

Falls ja, welche und wann:

Gibt es in Ihrer Familie eine Autoimmun- oder Autoinflammationserkrankung?

(Zum Beispiel Rheuma, Schuppenflechte, chronische Darmentzündung, Multiple Sklerose, Schilddrüsenerkrankung oder unklares wiederkehrendes Fieber.)

- bitte wählen -

Falls ja, welche und bei wem:

7 Was Sie uns noch sagen möchten

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen, das oben nicht gepasst hat?

Ausgefüllt von (Name)

Datum

Vielen Dank. Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen zusammen mit allen vorhandenen Arztbriefen, Labor- und Bildgebungsbefunden an uns.