Zentrum für Kinder-und Jugendmedizin | INF 430 | 69120 Heidelberg

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Angelika-Lautenschläger-Klinik

Klinik Kinderheilkunde I

(Schwerpunkt: Allg. Pädiatrie, Neuropädiatrie, Stoffwechsel, Gastroenterologie, Nephrologie)

Prof. Dr. med. G. F. Hoffmann  
Ärztlicher Direktor

**Ambulanz für Kinder- und Jugendrheumatologie**

Oberarzt: Prof. Dr. Claus P. Schmitt

Im Neuenheimer Feld 430  
D-69120 Heidelberg

Terminvereinbarung

🕿 +49 06221 /56-4823

Oberarztsekretariat /56-37733

Information /56-4002

+49 06221 /56-4861

📫 Rheuma.Kinderklinik@med.uni-heidelberg.de

**An die Eltern**

**Erstvorstellung in der Ambulanz**

**für Kinder- und Jugendrheumatologie**

Sie möchten für Ihr Kind einen Termin in unserer Ambulanz für Kinder- und Jugendrheumatologie vereinbaren. Um Sie möglichst optimal betreuen zu können, bitten wir Sie die folgenden Punkte zu beachten:

1. **Fragebogen**

Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, füllen den beiliegenden Fragebogen sorgfältig aus und schicken ihn uns vorab zu.

1. **Labordiagnostik**

Im Formular „Erstvorstellung Labordiagnostik“ sind Laborwerte angegeben, die Sie möglichst schon zur Erstvorstellung mitbringen sollten. Bitte gehen Sie damit zu Ihrem Kinder- oder Hausarzt, der die Werte bei Ihrem Kind bestimmen lassen kann. Senden Sie uns bitte die Werte sowie Bilder (wenn möglich auf CD) zusammen mit dem Fragebogen und mit einer Überweisung zu.

1. **Vorbefunde und weitere Unterlagen**

Bitte denken Sie auch daran, zu dem Termin in unserer Ambulanz die folgenden Dinge mitzubringen:

1. Überweisungsschein
2. Gelbes Untersuchungsheft/ Impfpass
3. ggf. Vorbefunde von radiologischen Untersuchungen (Röntgen, CT, MRT), wenn möglich auf einer CD.

Herzliche Grüße

Ihr Team der Kinder- und Jugendrheumatologie Heidelberg

|  |
| --- |
| **1. Allgemeine Angaben zum Patienten:**  Name, Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tel. (bitte Handy)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  PLZ und Wohnort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Vorstellungsgrund: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Bekannte Diagnosen (Vorerkrankungen): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Abklärung von:  Gelenkschmerzen (Arthralgie)  Gelenkentzündung/Schwellung  Knochenschmerzen  Fieber ohne Fokus  sonstiges\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ziel:  Diagnostik  Zweitmeinung |
| **2. Anamnese:**  Seit wann hat Ihr Kind Beschwerden? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Frequenz (wie oft)?  gelegentlich  mehrmals/Mo.  tägl.  dauerhaft  Nächtliche Schmerzen?  Nein  Ja  Ist Ihr Kind im Alltag eingeschränkt?  deutlich  etwas  nein  Momentane Schmerzstärke? (0= keine, 10= maximal) **0**\_1\_2\_3\_4\_**5**\_6\_7\_8\_9\_**10**  Welche Gelenke sind betroffen?  Finger  Hände  Ellenbogen  Schulter  Wirbelsäule  Hüften  Knie  Sprunggelenke  Andere:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Begleitende Gelenkschwellung?  Nein  Ja, welche Gelenke?­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente  Nein  Ja  Falls ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  War Ihr Kind wegen der Beschwerden bereits zuvor in rheumatologischer Behandlung?  Nein Ja  Falls ja, wo und wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hat Ihr Kind eine Hauterkrankung?  Nein  Ja, welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Gibt es Vordiagnostik zum Vorstellungsgrund (Bildgebung, Labor):  Nein Ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **3. Rheumatologische Erkrankungen in der Familie:** Gibt es in Ihrer Familie folgende Erkrankungen?  Rheumatoide Arthritis  Wirbelsäulenerkrankungen (z.B. M. Bechterew)  Schuppenflechte  Uveitis (Regenbogenhautentzündung)  andere Gelenkerkrankungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Wer in Ihrer Familie ist davon betroffen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |