



UniversitätsKlinikum Heidelberg

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

An die Eltern

Erstvorstellung in der Ambulanz für Kinder- und Jugendrheumatologie

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Angelika-Lautenschläger-Klinik

Klinik Kinderheilkunde I

(Schwerpunkt: Allgemeine Pädiatrie, Stoffwechsel, Gastroenterologie, Nephrologie, Rheumatologie)

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

Ambulanz für Kinder- und Jugendrheumatologie

Oberärzte: Dr. med. Th. Lutz, Dr. med. J.
Grulich-Henn

Im Neuenheimer Feld 430
D-69120 Heidelberg

+49 06221/56-4823 Anmeldung
56-37733 Sekretariat
56-4002 Information

+49 06221/56-4861
Rheuma.Kinderklinik@med.uni-heidelberg.de

www.klinikum.uni-heidelberg.de

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

Fragebogen

Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit und füllen den beiliegenden Fragebogen sorgfältig aus und schicken ihn uns vorab zu. Sollten Sie einige Fragen, beispielsweise zu den Impfungen, nicht vollständig beantworten können, so ist dies kein Problem. Wir können dies sobald Sie in unserer Ambulanz sind gemeinsam nachholen.

Labordiagnostik

Falls nicht bereits erfolgt, sollten die auf dem Formular „Für den Kinder- bzw. Hausarzt“ beschriebenen Werte noch abgenommen bzw. ergänzt werden. Bitte gehen Sie damit zu Ihrem Kinder- oder Hausarzt und senden uns - zusammen mit einer Überweisung - die Werte ebenfalls zu.

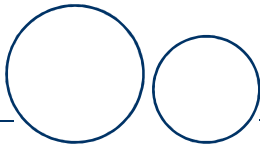
Vorbefunde und weitere Unterlagen

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

**Fragebogen Erstvorstellung Kinder- und Jugendrheumatologie:**

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Tel.: _____

1. Allgemeine Angaben: Vorstellungsgrund: bekannte Diagnose: _____

Abklärung von: Arthralgien Arthritis Knochenschmerzen
 rez. Fieber ohne Fokus unklare Systemerkrankung sonstiges
Ziel: Diagnostik Mitbehandlung Zweitmeinung

2. Anamnese:Seit wann hat Ihr Kind Beschwerden? < 6 Wochen 6 Wo.-3 Mo. 3 Mo.-1Jahr > 1 JahrFrequenz (wie oft)? gelegentlich mehrmals/Mo. tägl. dauerhaftNächtliche Schmerzen? Nein JaIst Ihr Kind im Alltag eingeschränkt? deutlich etwas neinMomentane Krankheitsaktivität? (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

Nimmt Ihr Kind aufgrund der Beschwerden regelmäßig Medikamente?

 Nein Ja Falls ja, welche? _____

War Ihr Kind wegen der Beschwerden bereits zuvor in stationärer/ ambulanter rheumatologischer Behandlung?

 Nein Ja Falls ja, wann? Monat ___ Jahr ___ Wo erfolgte die Behandlung? _____

Hat Ihr Kind andere chronische Erkrankungen?

 Nein Ja Falls ja, welche? _____

Hat Ihr Kind eine Hauterkrankung, insbesondere Schuppenflechte (Psoriasis)?

 Nein Ja Falls ja, welche? _____

Welche Schule besucht Ihr Kind? Grundschule Gesamtschule Hauptschule
 Realschule Gymnasium Andere _____

Beruf der Mutter: _____ Beruf des Vaters: _____

3. Impfungen: Welche Impfungen hat Ihr Kind erhalten? 6-fach (TDP HepB Polio HiB) MMRV MenC Pneumokokken**4. Rheumatologische Erkrankungen in der Familie:** Gibt es in Ihrer Familie folgende Erkrankungen?

Rheumatoide Arthritis Wirbelsäulenerkrankungen (z.B. M. Bechterew) Schuppenflechte (Psoriasis)
 Uveitis (Regenbogenhautentzündung) andere Gelenkerkrankungen: _____

Wer in Ihrer Familie ist davon betroffen? _____