



Anmeldebogen

für die ambulante oder stationäre Behandlung in der
Klinik für Kinder- und Jugendrheumatologie im St. Josef Stift Sendenhorst

Sehr geehrte Eltern, liebe Kinder und Jugendliche,

Ihr Kind soll / Du sollst in der Kinder- und Jugendrheumatologie des St. Josef-Stiftes Sendenhorst vorgestellt werden. Die Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis sind sehr vielfältig und müssen gut geplant werden. Daher möchten wir Sie als Eltern mit Ihrem Kind bitten, den folgenden Anmeldebogen auszufüllen. Dies ermöglicht uns eine bessere Beurteilbarkeit der Beschwerden und erleichtert uns die weitere Planung, damit Ihr Kind die bestmögliche Versorgung erhält. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht. Es ist jedoch für die weitere Verarbeitung Ihrer Daten erforderlich, die beiliegende Datenschutzerklärung zu unterschreiben.

Schicken Sie bitte den komplett ausgefüllten Fragebogen, alle bisherigen Unterlagen (wie Arztbriefe, MRT Befunde, Laborbefunde etc.) und die Datenschutzerklärung per Mail, Fax oder Post an die folgenden Kontaktdaten:

auf dem Postweg an:

**St. Josef-Stift Sendenhorst
Klinik für Kinder- und Jugendrheumatologie
Westtor 7
48324 Sendenhorst**

oder per Mail an:

kr@st-josef-stift.de

oder per Fax an:

02526 3001565

Nach Eingang der Unterlagen werden wir mit Ihnen Kontakt (telefonisch oder per Mail) aufnehmen und das weitere Vorgehen für die Vorstellung bei uns ausführlich besprechen. Haben Sie jedoch etwas Geduld für die Bearbeitung!

Wichtig! Bei dringenden medizinischen Problemen oder in Notfällen kontaktieren Sie Ihre Hausarztpraxis oder Kinderarztpraxis bitte sofort! Diese kann jederzeit mit unseren ärztlichen Mitarbeitenden Kontakt aufnehmen.

Vielen Dank!

Bitte ausfüllen:

Vor-/Nachname des Kindes (Patient/in):	
Geburtsdatum:	
PLZ/Ort:	Straße/Haus-Nr.:

Krankenkasse des/der Patienten/in:	
Stationäre Zusatzversicherung: ☐ nein ☐ ja	Beihilfe: ☐ nein ☐ ja

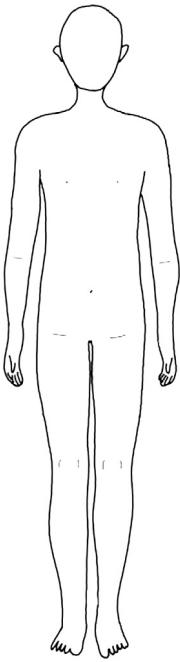
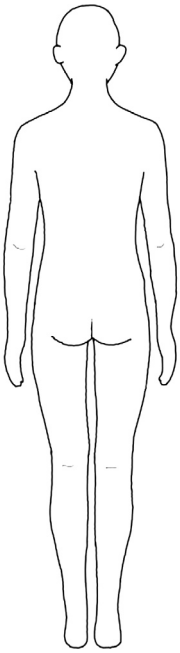
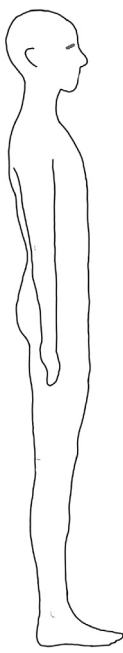
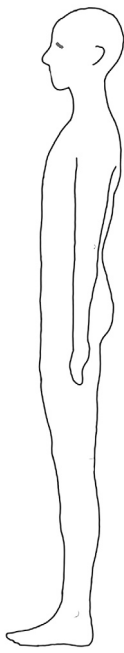
Vor-/Nachname der Mutter:		Geburtsdatum:	
Vor-/Nachname des Vaters:		Geburtsdatum:	
Handy-Nr. der Mutter:		Handy-Nr. des Vaters:	
Festnetz-Nr.:		E-Mail:	

Kinder-/Hausarzt/ärztin (Name, Ort):	
Überweisende/r Ärztin/Arzt (Name, Ort):	

Grund für die geplante Vorstellung / bisherige Verdachtsdiagnose(n):

Welche Körperregionen sind von Beschwerden / Schmerzen / Entzündungen etc. betroffen?

Bitte zeichnen Sie dies möglichst genau ein:

			
vorne	hinten	seitlich von rechts	seitlich von links

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Gab es aus Ihrer Sicht einen **Grund/Auslöser** für die Beschwerden?

War an den **Gelenken** Ihres Kindes Folgendes festzustellen?

Schwellungen:	☐ nein	☐ ja	Wo: _____
Überwärmungen:	☐ nein	☐ ja	Wo: _____
Verfärbungen:	☐ nein	☐ ja	Wo: _____
Schon-/Fehlhaltung:	☐ nein	☐ ja	Wo: _____

Gibt es bestimmte **Tageszeiten**, an denen die Beschwerden **verstärkt** auftreten?

☐ nein ☐ ja **Wann:** _____

Wacht Ihr Kind **regelmäßig** aufgrund von Schmerzen **nachts auf**? ☐ nein ☐ ja

Gibt es bestimmte **Jahreszeiten**, zu denen Beschwerden **verstärkt** auftreten?

☐ Frühjahr ☐ Sommer ☐ Herbst ☐ Winter _____

Welche der folgenden **Regionen** ist aus Ihrer Sicht **am stärksten** von Beschwerden / Schmerzen etc. betroffen?

☐ Gelenke ☐ Muskeln ☐ Sehnen ☐ Rücken ☐ ganzer Körper ☐ Bauch ☐ Kopf

Welche **Einschränkungen** bestehen aufgrund der Beschwerden im **Alltag**?

(z.B. beim Bewegen, Anziehen, Laufen, Sport ...)

Tragen Sie auf den folgenden Skalen Ihre Einschätzung oder die Ihres Kindes ein, indem Sie jeweils die am besten passende Zahl ankreuzen:

Wie stark sind **die aktuellen Schmerzen**?

0 **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10**

0 = keine Schmerzen

10 = stärkste vorstellbare Schmerzen

Wie stark sind die **Schmerzen in den letzten 4 Wochen im Durchschnitt**?

0 **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10**

0 = keine Schmerzen

10 = stärkste vorstellbare Schmerzen

Wie stark beeinträchtigt oder wie krank empfinden Sie Ihr Kind?

0 **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10**

0 = gesund

10 = schwerst krank

Was **verschlechtert / verstärkt** in der Regel die Beschwerden Ihres Kindes?

Was **verbessert / lindert** in der Regel die Beschwerden Ihres Kindes?

Hat Ihr Kind **außerhalb und unabhängig von Infekten regelmäßig Fieber / Fieberschübe?**

(z.B. Hautausschläge, Flecken, Probleme mit Haaren oder Nägeln ...)

☐ nein ☐ ja Wann? _____

In welchen Abständen? _____

Wie hoch ist die Temperatur? _____

Welche Symptome treten zusätzlich zum Fieber auf? _____

Hat Ihr Kind regelmäßig **Hautprobleme?**

(z.B. Hautausschläge, Flecken, Probleme mit Haaren oder Nägeln ...)

☐ nein ☐ ja **Wo:** _____

Was: _____

Gab es einen **Zeckenstich** in der Vergangenheit? ☐ nein ☐ ja Wann: _____

Hat Ihr Kind **am Morgen eine vermehrte Steife / Steifigkeit in den Gelenken?**

☐ nein ☐ ja Dauer: _____ Minuten

Hat Ihr Kind eine **Wetterfühligkeit** (Zunahme der **Beschwerden bei bestimmtem Wetter**)?

☐ nein ☐ ja **Und zwar bei:** _____

Hat Ihr Kind in letzter Zeit **ungewollt Gewicht abgenommen?**

☐ nein ☐ ja Wieviel kg in welchem Zeitraum? _____

Hat Ihr Kind regelmäßig **Bauchschmerzen?**

☐ nein ☐ ja Seit wann? _____

Hat Ihr Kind **regelmäßig Stuhlauffälligkeiten?** (z.B. Durchfälle)

☐ nein ☐ ja Seit wann/Welche Stuhlauffälligkeiten? _____

Hat Ihr Kind **regelmäßig Kopfschmerzen**

☐ nein ☐ ja Seit wann? _____

Welche Erkrankungen / Diagnosen sind bisher zusätzlich bei Ihrem Kind bekannt?

Welche **Untersuchungen (Diagnostik)** wurden bisher bei Ihrem Kind aufgrund der Beschwerden durchgeführt?

Was?	Wann?	Wer/Wo?	Ergebnis?
Bsp. Röntgen Knie	Mai 2018	Dr. Meier, Orthopäde, Münster	unauffällig

- Bitte denken Sie daran, uns **die bisherigen schriftlichen Befunde** dieser auswärtigen Untersuchungen **zusammen mit dem Fragebogen zukommen zu lassen.**
- **CDs** von Untersuchungen bringen Sie bitte **erst zum Vorstellungstermin** mit.

Welche **Medikamente** wurden **bisher aufgrund der Beschwerden** bei Ihrem Kind bereits eingesetzt?

Medikament	Dosis	Wie oft pro Tag	An wie vielen Tagen pro Monat	Ist/war es wirksam? (ja / nein / gelegentlich)
z.B.: Paracetamol	500 mg als Tablette	1x	5 Tage pro Monat	ja

Welche **Medikamente** nimmt Ihr Kind derzeit **regelmäßig oder bei Bedarf** ein?

Medikament	Dosis	Wie oft pro Tag	An wie vielen Tagen pro Monat	Ist/war es wirksam? (ja / nein / gelegentlich)
z.B.: Paracetamol	500 mg als Tablette	1x	5 Tage pro Monat	ja

Welche **anderen Behandlungen** wurden bei Ihrem Kind bereits aufgrund der Beschwerden eingesetzt?

Behandlung / Therapie	Wann? Wie oft?	Ist/war es wirksam? (ja / nein / gelegentlich)
z.B.: Physiotherapie	Mai bis Oktober 2022, 1x pro Woche	ja

Gab es während der **Schwangerschaft und Geburt** Ihres Kindes Probleme oder Komplikationen?

Verlief die **Entwicklung** Ihres Kindes altersentsprechend?

z.B. motorisch, sprachlich, Wachstum, Gewichtsentwicklung, Vorsorgeuntersuchungen etc.)

Ist Ihr Kind nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) geimpft?

☐ nein ☐ ja Bitte bringen Sie den **Impfpass** zur Erstvorstellung mit!

Sind bei Ihrem Kind **Allergien** bekannt? (z.B. auf Nahrungsmittel, Pollen, Medikamente...)

☐ nein ☐ ja Welche:

Bei Kleinkindern/Vorschulkindern: Besucht Ihr Kind eine **Kindertageseinrichtung**?

☐ nein ☐ ja Seit wann:

Bei Schulkindern: Welche **Schulform** besucht Ihr Kind?

☐ Grundschule ☐ Realschule ☐ Gymnasium

Welche Klasse?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig am **Schulsport** teil?

☐ ja ☐ nein, weil

Welchen Hobbys geht Ihr Kind regelmäßig nach?

Angaben zur Kindsmutter:

Alter: _____ Jahre	Herkunftsland:
Derzeitiger Beruf:	
☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ nicht berufstätig	
Eigene Erkrankungen:	

Gibt es bei Verwandten von Seiten der Kindsmutter schwere oder chronische Erkrankungen?

Wer?	Erkrankungen	seit wann
z.B.: Mutter	Diabetes, Rheuma, Bluthochdruck	1985, 2002, 2015

Angaben zum Kindsvater:

Alter: _____ Jahre	Herkunftsland:
Derzeitiger Beruf:	
☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ nicht berufstätig	
Eigene Erkrankungen:	

Gibt es bei Verwandten von Seiten des Kindsvaters schwere oder chronische Erkrankungen?

Wer?	Erkrankungen	seit wann
z.B.: Mutter	Diabetes, Rheuma, Bluthochdruck	1985, 2002, 2015

Beziehungsstatus der Eltern:

☐ zusammen lebend ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden	
Sind Sie als Eltern miteinander verwandt?	☐ nein ☐ ja _____
Bei wem liegt das Sorgerecht für Ihr Kind?	☐ beide Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ andere: _____

Weitere Geschwister / Kinder / im Haushalt lebende Personen?

Name	Alter	Erkrankungen	Besonderheiten

Gibt es noch weitere Themen / Dinge, die Sie uns zusätzlich mitteilen möchten?

Uns liegt es am Herzen, Ihr Kind so optimal und zeitnah wie möglich zu behandeln!
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

So geht es weiter:

Schicken Sie uns nun folgende Unterlagen per Post, Fax oder E-Mail zu:

1. den ausgefüllten Fragebogen
2. alle schriftlichen Unterlagen zu den Beschwerden Ihres Kindes (falls diese Ihnen nicht vorliegen, fordern Sie diese bitte vorab selber an)
3. die unterschriebene Datenschutzerklärung

Bitte keine CDs vorab schicken. Bringen Sie diese erst zur persönlichen Vorstellung mit.

Nach Eingang Ihrer Unterlagen werden diese ärztlich gesichtet. Anschließend wird das weitere Vorgehen und auch die Dringlichkeit der Vorstellung bei uns festgelegt. Dazu wird sich unser Sekretariat mit Ihnen über Ihre Kontaktdaten in Verbindung setzen. Bitte haben Sie bezüglich der Kontaktaufnahme etwas Geduld.

Vielen Dank!

**Ihr Team der Klinik für Kinder- und Jugendrheumatologie
im St. Josef-Stift Sendenhorst**