



DZKJR Garmisch-Partenkirchen, Gehfeldstr. 24, 82467 Garmisch-Partenkirchen

Prof. Dr. med. J.-P. Haas
Ärztlicher Direktor

Dr. med. Thomas Wagner
Ärztlicher Leiter SPZ

Telefon: 08821/701-1450

Fax: 08821/701-9450

E-Mail: info@spz-gap.de

Liebe Eltern,

Sie möchten Ihr Kind zur Abklärung und Behandlung einer möglichen rheumatischen Erkrankung in unserem Haus vorstellen.

Vermutlich bestehen die Beschwerden bei Ihrem Kind schon lange, die Krankengeschichte ist mit zahlreichen Vorbefunden entsprechend komplex. Zum Kennenlernen Ihres Kindes möchten wir uns daher ausreichend Zeit nehmen um die Details zu verstehen, bei Bedarf Röntgen, Ultraschall und Labordiagnostik durchführen oder Physiotherapeuten, Psychologen oder Sozialarbeiter hinzuziehen. Eine solche umfassende und genaue Erstbeurteilung lässt sich leider nicht im Rahmen einer umschriebenen kurzen Ambulanzvorstellung durchführen, sodass wir uns eine stationäre Aufnahme wünschen. Sollte dies organisatorisch nicht möglich sein können wir im Einzelfall und nach entsprechender Prüfung die Erstabklärung in unserem Sozialpädiatrischen Zentrum anbieten.

Um Termine und Personalien auf die Fragestellung und Situation Ihres Kindes abstimmen zu können benötigen wir vorab einige Informationen und bitten Sie den beiliegenden Fragebogen sorgfältig auszufüllen, vom Kinderarzt freigeben zu lassen und per Post, Fax oder Email zurückschicken.

Bei ambulanten oder stationären Voruntersuchungen bitten wir Sie Kopien aller Ihnen vorliegenden Berichte beizulegen. Dazu zählen auch beispielsweise Befunde von MRT, Röntgen, Therapieberichte von Ergotherapie und Physiotherapie, Schul- oder Kindergartenberichte. Unsere Oberärzte werden den Einzelfall entsprechend sorgfältig prüfen und planen.

Bitte sprechen Sie Ihr Anliegen vorher mit Ihrem Kinderarzt ab und senden den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Fragebogen innerhalb von zwei Wochen zu. Sie erhalten dann eine telefonische oder schriftliche Bestätigung über den Untersuchungstermin. Der Kinderarzt kann Ihnen beim Ausfüllen des Fragebogens behilflich sein. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihre Anfrage erst nach Vorlage der Unterlagen beantworten können.

Rücksendeadresse: Patientenmanagement Frau Ostler, Gehfeldstr. 24, 82467 Garmisch-Partenkirchen. In eiligen Fällen können Sie die Anmeldung auch per Fax schicken: 08821-701-9450 oder per mail: info@spz-gap.de.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. J.-P. Haas
Geschäftsführender
Ärztlicher Direktor

Dr. Th. Wagner
Ärztlicher Leiter SPZ

Checkliste zum Mitbringen

- Einweisungs- /Überweisungsschein (Zur Vorstellung in unserem **SPZ** benötigen wir unbedingt einen aktuellen **Überweisungsschein Ihres Kinder- und Jugendarztes**, Neurologen oder Kinder- und Jugendpsychiaters sowie die Versicherungskarte
- gelbes Heft
- Impfpass
- Versicherungskarte
- ausstehende Befunde
-



ELTERNFRAGEBOGEN – NEUVORSTELLUNG BEI V.A. RHEUMATOLOGISCHE ERKRANKUNG

Im folgenden Fragebogen haben wir Angaben zum Vorstellungsgrund, Entwicklung, zum Verhalten und zur allgemeinen Lebenssituation Ihres Kindes zusammengestellt, die für die Vorstellung in unserem Haus wichtig sind. Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch und beantworten Sie möglichst vollständig und ausführlich, sodass wir uns auf das Gespräch gut vorbereiten können. Bitte besprechen Sie die Anmeldung mit dem betreuenden Kinderarzt und senden uns den Bogen mit Signatur bzw. Praxisstempel zu.

Bitte Arztbericht an Überweiser Hausarzt Patientenadresse _____
Bogen ausgefüllt durch Mutter Vater dritte Person: _____

Datum: _____ Unterschrift der Erziehungsberechtigten: _____

Patient/in Geschlecht: weiblich männlich

Familienname: _____ PLZ/Wohnort: _____
Vorname: _____ Straße: _____
Geburtsdatum: _____ Telefon/Handy: _____

Mutter

Familienname: _____ Ausbildung: _____
Vorname: _____ Ausgeübter Beruf: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: (falls abweichend von der des Patienten)
PLZ/Ort: _____ Straße: _____
Telefon: _____ Handy: _____

Vater

Familienname: _____ Ausbildung: _____
Vorname: _____ Ausgeübter Beruf: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: (falls abweichend von der des Patienten)
PLZ/Ort: _____ Straße: _____
Telefon: _____ Handy: _____

Familiensituation

gemeinsames Sorgerecht der Eltern bzw. alleiniges Sorgerecht bei Mutter Vater
Eltern zusammen lebend getrennt oder geschieden
Kind wohnhaft bei Eltern Mutter Vater Adoptiveltern Pflegeeltern Andere
 miterziehende/r Lebenspartner/In: _____

Krankenversicherung bzw. Kostenträger

Name und Anschrift:
Hauptversicherer:
Geburtsdatum: _____
Haben Sie ihr Kind in der Vergangenheit bereits in unserem SPZ vorgestellt? ja nein

Fragestellung des überweisenden Kinderarztes:

Stempel / Unterschrift überweisender Kinderarzt

Grund der Vorstellung (möglichst genaue Beschreibung der Beschwerden und Diagnosen)

Anstoß zur Vorstellung durch: _____
Seit wann bestehen die Beschwerden? _____
Problematik im Verlauf gleich bleibend zunehmend wechselnd

Welche Erwartungen haben Sie an die Vorstellung?

Weitere mit Ihrem Kind befasste Fachleute/Einrichtungen:

Frühere Untersuchungen oder Behandlungen in anderen Einrichtungen

Wurde Ihr Kind wegen dieser oder anderer Probleme schon in anderen Einrichtungen untersucht und/oder behandelt? Wenn ja, geben Sie bitte die Einrichtung, den Untersuchungszeitraum und den Anlass der Untersuchung an.

Name und Adresse der Klinik, des Arztes, des Therapeuten

Zeitraum der Behandlung

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Bitte legen Sie entsprechende Arztbriefe, Therapeutenberichte etc. bei und fordern Sie fehlende Dokumente an!

Diagnostik

Es wurde bereits entsprechende Diagnostik durchgeführt:

Röntgen: Was? Wo?: _____

MRT: Was? Wo? _____

Sonographie _____

Labordiagnostik

Wurde Ihr Kind kürzlich bei Augenarzt

Nein

Ja

Diagnose: _____
oder Haut-Arzt vorgestellt: Nein Ja

Diagnose: _____

(bitte stellen Sie uns die Befunde zur Verfügung)

Förderung oder Therapie

Erhielt Ihr Kind bereits spezifische Förderung oder Therapie?

Physiotherapie Ergotherapie Frühförderung Logopädie Heilpädagogik

Name und Adresse des Therapeuten

Zeitraum der Behandlung

Krankheiten / Beeinträchtigungen des Kindes

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Nein

Ja:

Welche?:

Hat Ihr Kind einen Behindertenausweis?

Nein

Ja

Bestehen Beeinträchtigungen?

Nein

Ja

Erhält Ihr Kind Pflegegeld?

Nein

Ja

Sind Hilfsmittel vorhanden?

Nein

Ja

Wird Ihre Familie vom Jugendamt betreut?

Nein

Ja

Erläuterung: _____

Frühere Kontakte zu einem SPZ oder einer Frühförderstelle

Wurde Ihr Kind bereits in einem SPZ oder einer Frühförderstelle vorgestellt?

nein,

wenn ja: SPZ Garmisch Partenkirchen Andere: _____

Bei Wiedervorstellung: zuvor betreuender Arzt/Psychologe: _____

Geschwister im Zentrum für Kinder- und Jugendrheumatologie /SPZ

Wurde(n) ein oder mehrere Geschwisterkind(er) schon einmal in unserem Haus untersucht?

Nein

Ja

Wenn ja: Name: _____ geb. am: _____

Name: _____ geb. am: _____

Name: _____ geb. am: _____

Hobbies und Interessen:

Sport:

Freizeitaktivitäten und Freundeskreis:

Konflikte mit Gleichaltrigen, Probleme innerhalb der Familie:

Lebensereignisse

Belastende Veränderungen für das Kind, z.B. Trennungen, Umzüge, Verluste von Angehörigen

Verlauf der Entwicklung

Auffällige motorische Entwicklung Nein Ja
Auffällige sprachliche Entwicklung Nein Ja
Auffälligkeiten beim Füttern, Saugen o. Schlucken Nein Ja

Erläuterung: _____

Alter beim Erreichen von Meilensteinen der Entwicklung:

Drehen von Rücken in Bauchlage:

Krabbeln:

Freies Laufen:

Fahrradfahren:

Erste sinnvolle Worte:

Zweiwortsätze:

Mehrwortsätze:

Schule

Welche Schule besucht Ihr Kind? _____ Welche Klasse? _____

Grundschule Mittelschule Realschule Gymnasium Förderschule Andere

In welchen Fächern ist er/sie besonders gut? _____

In welchen Fächern tut er/sie sich schwer? _____

Fehlte Ihr Kind häufiger in der Schule? Nein Ja: _____ Tage

Gibt es Probleme mit Mitschülern oder Lehrern? Nein Ja: _____

Erläuterung: _____

Bei Fragestellungen die Aufmerksamkeit, Verhalten oder Leistungen in Schule oder Kindergarten betreffen benötigen wir Einschätzungen von Lehrern oder Erziehern!

Kindergarten

Welchen Kindergarten besucht(e) ihr Kind? _____ Seit wann? _____

Schwangerschaft /Geburt

In welcher Schwangerschaftswoche (SSW) wurde Ihr Kind geboren? _____

Gab es während der Schwangerschaft Komplikationen? Nein Ja
Wenn ja, welche?

Gab es bei oder unmittelbar nach der Geburt Komplikationen? Nein Ja
Wenn ja, welche?

Gab es Probleme schwanger zu werden? Nein Ja

Krankheiten / Behinderungen in der Familie

Gibt es Erkrankungen bei Eltern, Großeltern oder Geschwistern? Nein Ja

Psoriasis Psoriasis Arthritis Rheumatoide Arthritis Chronisch entzündliche
Darmerkrankungen

Erläuterung: _____

Geschwister/Halbgeschwister des/der Patient/in

Vorname	Geschlecht	Alter	Erkrankungen / Auffälligkeiten
---------	------------	-------	--------------------------------

_____	<input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.	_____	_____
-------	---	-------	-------

_____	<input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.	_____	_____
-------	---	-------	-------

_____	<input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.	_____	_____
-------	---	-------	-------

Raum für ergänzende Angaben

Fragebogen Gesundheitszustand/Lebensqualität

(C-HAQ: Childhood Health Assessment Questionnaire/Deutsch)

0 Wie beurteilst Du im Großen und Ganzen Deinen **derzeitigen Gesundheitszustand**?/
Wie beurteilen Sie im Großen und Ganzen den **derzeitigen Gesundheitszustand** Ihres Kindes?

sehr gut ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ sehr schlecht

Wie würdest Du/Sie **Deine Schmerzen**/die Schmerzen Ihres Kindes **in den vergangenen 7 Tagen** einschätzen?

keine ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ sehr stark

dann hier weitermachen!!

Besteht Morgensteife nein ja: _____ Minuten

Bitte beachten! Bei den folgenden Fragen soll nur die **Einschränkung durch die Krankheit** beurteilt werden. Bei nicht altersentsprechenden Fragen (z.B. Fahrradfahren für Dreijährige etc.) bitte ‚trifft nicht zu‘ ankreuzen.

	proble m-los	leicht er- schwert	stark er- schwert	nicht möglich	trifft nicht zu	
1 Anziehen und Körperpflege						Maximum 1 /mod.
Kannst Du Dich/Kann Ihr Kind sich allein ...						
... anziehen, die Schnürsenkel öffnen, Knöpfe schließen oder öffnen?	①	②	③	④		
... die Haare waschen?	①	②	③	④		
... die Socken an- oder ausziehen?	①	②	③	④		
... die Fingernägel schneiden?	①	②	③	④		
2 Aufstehen						Maximum 2 /mod.
Kannst Du/Kann Ihr Kind ...						
... von einem niedrigen Stuhl oder vom Boden aufstehen?	①	②	③	④		
... sich ins Bett legen, aus dem Bett aufstehen oder sich im Laufstall aufrichten?	①	②	③	④		

Achtung: wenn das Kind etwas aufgrund seines Alters nicht kann, bitte ‚trifft nicht zu‘ ankreuzen!

	proble m-los	leicht er- schwert	stark er- schwert	nicht möglich	trifft nicht zu	
3 Essen und Trinken						Maximum 3 □ /mod. □
Kannst Du/Kann Ihr Kind ...						
... bei Tisch ein Messer zum Schneiden benutzen?	0	1	2	3	4	
... eine Tasse oder ein Glas zum Mund führen?	0	1	2	3	4	
... eine neue Packung Cornflakes oder Müsli öffnen?	0	1	2	3	4	
4 Gehen						Maximum 4 □ /mod. □
Kannst Du/Kann Ihr Kind allein ...						
... draußen auf ebenen Boden gehen?	0	1	2	3	4	
... fünf Stufen hinaufgehen?	0	1	2	3	4	
5 Körperpflege						Maximum 5 □ /mod. □
Kannst Du Dich/Kann Ihr Kind sich allein ...						
... am ganzen Körper waschen und abtrocknen?	0	1	2	3	4	
... baden (und in die Wanne ein- und aussteigen)?	0	1	2	3	4	
... auf die Toilette bzw. Töpfchen gehen und wieder aufstehen?	0	1	2	3	4	
... die Zähne putzen?	0	1	2	3	4	
... die Haare kämmen und bürsten?	0	1	2	3	4	
6 Erreichen von Gegenständen						Maximum 6 □ /mod. □
Kannst Du/Kann Ihr Kind ...						
... einen schweren Gegenstand, z.B. ein großes Spiel oder Buch, über Kopfhöhe erreichen oder herunterholen?	0	1	2	3	4	
... Dich/sich bücken, um ein Kleidungsstück oder ein Blatt Papier vom Boden aufzuheben?	0	1	2	3	4	
... einen Pullover über den Kopf ziehen?	0	1	2	3	4	
... den Kopf drehen, um über die Schulter zurückzuschauen?	0	1	2	3	4	
7 Greifen						Maximum 7 □ /mod. □
Kannst Du/Kann Ihr Kind ...						
... mit Kugelschreiber oder Bleistift schreiben?	0	1	2	3	4	
... Autotüren öffnen?	0	1	2	3	4	
... Schraubverschlüsse aufmachen, die schon einmal geöffnet waren?	0	1	2	3	4	
... Wasserhähne auf- und zudrehen?	0	1	2	3	4	
... eine Tür mit einem Türknauf öffnen?	0	1	2	3	4	

	proble m-los	leicht er- schwert	stark er- schwert	nicht möglich	trifft nicht zu
8 Aktivitäten und häusliche Aufgaben					
Kannst Du/Kann Ihr Kind ...					
... allein einkaufen und Kleinigkeiten erledigen?	①	①	②	③	④
... im Auto, Bus oder Straßenbahn ein- und aussteigen?	①	①	②	③	④
... Fahrrad fahren?	①	①	②	③	④
... im Haushalt helfen (z.B. abwaschen, Müll wegbringen, Staub saugen, bei der Gartenarbeit helfen, Dein/sein Bett machen, Dein/sein Zimmer aufräumen)?	①	①	②	③	④
... rennen und spielen?	①	①	②	③	④

Maximum **8**

/mod.

Bitte kreuze/kreuzen Sie alle **HILFSMITTEL** an, in denen Du/Ihr Kind gewöhnlich für eine der folgenden Tätigkeiten benutzt:

Ich benötige/Mein Kind benötigt keine Hilfsmittel)

Ich benötige/Mein Kind benötigt für die angegebenen Tätigkeiten folgende Hilfsmittel:

- ① Anziehen und Körperpflege: Hilfsmittel zum Anziehen, z.B. Knöpfhaken, Reißverschlusszieher, verlängerter Schuhlöffel)
- ② Aufstehen: Spezialstuhl oder erhöhter Stuhl)
- ③ Essen und Trinken: Besondere Hilfsmittel beim Essen und Trinken, z.B. besonderes Besteck)
- ④ Gehen: Gehstützen)
Therapieroller, -fahrrad)
Rollstuhl)
- ⑤ Körperpflege: erhöhter Toilettensitz)
Badewannensitz)
Haltegriff an der Badewannenstange)
- ⑥ Erreichen von Gegenständen: Geräte mit langen Stielen zu Erreichen bestimmter Gegenstände)
Geräte mit langen Stielen im Badezimmer)
Schraubverschluß-Öffner für Gläser (die vorher schon geöffnet waren))
Bleistiftverdickung oder spezielle Schere oder Schreibgeräte)

→modifiziert

① ⑥ auf mindestens 2

Andere Hilfsmittel für die genannten Tätigkeiten:

.....

Bitte kreuze/kreuzen Sie die Bereiche an, in denen Du/Ihr Kind aufgrund seiner Erkrankung normalerweise **HILFE VON ANDEREN** benötig(s)t:

Keine fremde Hilfe erforderlich)

Ich benötige/Mein Kind benötigt Hilfe in folgenden Bereichen

- 1 Anziehen)
- 2 Aufstehen:)
- 3 Essen und Trinken:)
- 4 Gehen)
- 5 Körperpflege:)
- 6 Erreichen von Gegenständen:)
- 7 Greifen)
- 8 Aktivitäten und häusliche Aufgaben)

→ modifiziert
1 8 auf
mindestens 2

 **Geschafft! Vielen Dank für Ihre Hilfe!!**

An die
Kinderklinik Garmisch-Partenkirchen GmbH
Patientenmanagement
z.Hd. Frau Ostler
Gehfeldstr. 24
82467 Garmisch-Partenkirchen