

# Eltern/Patientenbogen PRO-KIND Polyarthritits



Bitte jeweils mit Arzt-Bogen nach St. Augustin faxen, Fax 02241-249203

Aktuelles Datum:					
Patientencode:		Geburtsdatum:			

## Welches Protokoll wird angewandt (wird vom Arzt ausgefüllt):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Protokoll A = MTX ggfs. plus Biologikum | <input type="checkbox"/> Protokoll B = MTX, bei Versagen Biologikum   |
| <input type="checkbox"/> Protokoll C = MTX plus Steroidpulse     | <input type="checkbox"/> Protokoll D = MTX plus IAS in aktive Gelenke |

## Beurteilung der Lebensqualität:

Bitte wählen Sie die Antwort, die den Gesundheitszustand Ihres Kindes insgesamt am besten beschreibt. Falls eine Frage nicht zu beantworten ist, weil Ihr Kind zu jung ist, wählen Sie bitte "nicht anwendbar = n.a.". **In Bezug auf die letzten vier Wochen** möchten wir wissen, ob Ihr Kind ...

	nie	manchmal	oft	täglich	n.a.
... Schwierigkeiten hatte, für sich selbst zu sorgen, z. B. zu essen, sich anzuziehen oder sich zu waschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Schwierigkeiten hatte, einen Spaziergang von 15 Minuten zu unternehmen oder ein Stockwerk höher zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Schwierigkeiten hatte, Aktivitäten durchzuführen, die viel Energie erfordern wie z. B. Laufen, Fußball spielen, Tanzen usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Schwierigkeiten hatte, schulische Tätigkeiten zu verrichten oder mit Freunden zu spielen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... irgendwelche Schmerzen hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... traurig oder niedergeschlagen erschien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... nervös oder ängstlich erschien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... im Umgang mit anderen Kindern Probleme hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Schwierigkeiten hatte, sich zu konzentrieren oder aufmerksam zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit seiner äußeren Erscheinung oder seinen Fähigkeiten unzufrieden war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hat Ihr Kind wegen der rheumatischen Erkrankung, z.B. auch wegen therapeutischer Maßnahmen **in den letzten 3 Monaten im Kindergarten / in der Schule gefehlt** ?  nein  ja, und zwar ..... Tage

Wie häufig treibt Ihr Kind **in seiner Freizeit Sport**?

- täglich  mehrmals die Woche  einmal die Woche  seltener  gar nicht

Kann Ihr Kind am **Schulsport** teilnehmen ?

- ja, immer  manchmal nicht  häufig nicht  mein Kind ist vom Schulsport befreit

<input type="text"/> Datum	<input type="text"/> Name des Arztes	<input type="text"/> Unterschrift des Arztes
-------------------------------	---	---