

**JIA O. FIEBER FRAGEBOGEN BEI ERSTVORSTELLUNG**

Datum \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NAME: \_\_\_\_\_ VORNAME: \_\_\_\_\_ Geb. Dat: \_\_\_\_\_

Ihre Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

KINDERARZT (Name/ Adresse/ Telefonnummer): \_\_\_\_\_

**Es bestehen folgende Beschwerden:****Beginn der Beschwerden** (Monat/ Jahr): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

<b>Kiefergelenke</b>	<input type="checkbox"/> keine Probleme	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Schwellung
<b>Schulter</b>	<input type="checkbox"/> keine Probleme	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Schwellung
<b>Ellbogen</b>	<input type="checkbox"/> keine Probleme	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Schwellung
<b>Handgelenke</b>	<input type="checkbox"/> keine Probleme	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Schwellung
<b>Finger</b>	<input type="checkbox"/> keine Probleme	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Schwellung
<b>Wirbelsäule</b>	<input type="checkbox"/> keine Probleme	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Schwellung
<b>Hüfte</b>	<input type="checkbox"/> keine Probleme	<input type="checkbox"/> Schmerzen	
<b>Knie</b>	<input type="checkbox"/> keine Probleme	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Schwellung
<b>Füße</b>	<input type="checkbox"/> keine Probleme	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Schwellung

Gibt es eine **Morgensteifigkeit** der Gelenke  nein  ja**Wo** sind die Beschwerden  rechts  links  beide Seiten**Wie oft** sind die Beschwerden? 1x pro  Tag  Woche  Monat**Wann** kommen Beschwerden?  nach Ruhe  nach Spielen/Sport  immer**Wann** sind sie **am schlimmsten**?  morgens/  mittags/  abends

**Tritt Fieber auf?**  nein  ja Wie hoch ist das Fieber \_\_\_\_\_ °C

**Wie lange** dauert das Fieber?: \_\_\_\_\_ **Wie oft** im Jahr?: \_\_\_\_\_

**Tritt Hautauschlag auf?**  nein  ja  nur bei Fieber

**Einfache Infekte** Anzahl pro Jahr: \_\_\_\_\_

**Bekannte Krankheiten:**  nein  ja Welche: \_\_\_\_\_

**Vorherige Operationen:**  nein  ja Welche: \_\_\_\_\_

**Allergien:**  nein  ja Welche: \_\_\_\_\_

**Medikamente:**  nein  ja Welche: \_\_\_\_\_

**U-Untersuchungen/ Impfungen:**  vollständig  unvollständig

Besonderheiten bei/ als:

- Geburt/ Neugeborenes  nein  ja Welche: \_\_\_\_\_
- Säugling/ Kleinkind  nein  ja Welche: \_\_\_\_\_

Heimatland d. Mutter: \_\_\_\_\_ Heimatland d. Vater: \_\_\_\_\_

Sorgerecht liegt bei:  beiden Eltern  nur Mutter  nur Vater  andere

Verwandtschaft zwischen den Eltern (Konsanguinität)  nein  ja

- Gibt es in der Familie?
 

Rheumaerkrankungen	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Schuppenflechte	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Augenentzündungen	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Entzündliche Darmerkrankungen	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja

Geschwister:

	<u>Geschlecht?</u>	<u>Gesund?</u>
--	--------------------	----------------

1) \_\_\_\_\_ Jahre  m  w  nein  ja

2) \_\_\_\_\_ Jahre  m  w  nein  ja

3) \_\_\_\_\_ Jahre  m  w  nein  ja

**Bitte den Bogen mit Laborbefunden an FAX 02151 – 32 1992 senden:**

- **Differentialblutbild (= großes Blutbild)**
- **GOT, GPT, GGT, Krea, Harnstoff, Harnsäure, LDH, CK, Alk. Phosph., Elyte, CRP, Ferritin, IgG, IgA, IgM**

