



Kinder- und Jugendärzte  
Wallenhorst

Dr. med. Christina Grünebaum  
Ulrike Hermes  
Isabella Schlußner

## ANAMNESEBOGEN

### KINDERRHEUMATOLOGISCHE SPRECHSTUNDE

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Kinderarzt: \_\_\_\_\_

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

---

---

Seit wann bestehen die Beschwerden?

---

---

Gab es einen Auslöser (Infekt, Trauma, Zeckenstich etc.)?

---

---

Bestehen in der Familie chronische Erkrankungen?

*(insbesondere rheumatische Erkrankungen, chronisch-entzündliche  
Darmerkrankungen, Schuppenflechte, Schilddrüsenerkrankungen)*

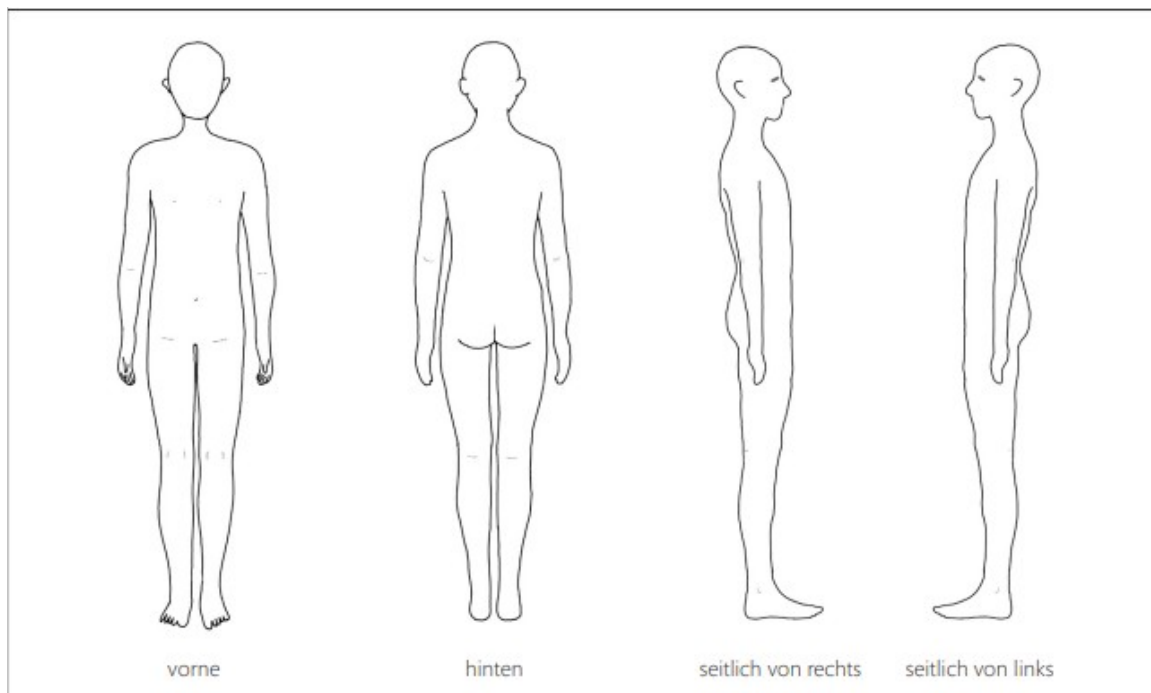
---

---

### Bestehen folgende Symptome?

- Schwellungen: ☐ ja ☐ nein
- Überwärmungen: ☐ ja ☐ nein
- Schmerzen: ☐ ja ☐ nein
- Schon- /Fehlhaltungen: ☐ ja ☐ nein
- Morgensteifigkeit: ☐ ja ☐ nein  
\_\_\_\_\_ Minuten
- Wetterfühligkeit: ☐ ja ☐ nein
- Nächtliche Beschwerden/Erwachen: ☐ ja ☐ nein
- Fieberepisoden außerhalb von Infekten: ☐ ja ☐ nein
- Veränderungen der Haut/Nägel/Schleimhäute/Haare: ☐ ja ☐ nein
- Bauchschmerzen: ☐ ja ☐ nein
- Kopfschmerzen: ☐ ja ☐ nein
- Ungewollter Gewichtsverlust: ☐ ja ☐ nein

### Welche Körperregionen sind betroffen?



**Wie stark beeinträchtigt oder wie krank empfinden Sie Ihr Kind?**

*(0= gesund; 10= schwerst krank)*

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

**Was verschlechtert / verstärkt die Beschwerden?**

---

---

**Was verbessert / lindert die Beschwerden?**

---

---

**Welche Untersuchungen wurden bisher aufgrund der Beschwerden durchgeführt?**

---

---

**Welche Therapien wurden bisher aufgrund der Beschwerden eingesetzt?**

*(Bei Medikamenten bitte Dosis und Häufigkeit pro Tag/Woche angeben)*

---

---

---

**Haben Sie Ergänzungen Ihrerseits?**

---

---

Ort, Datum

---