



Kinder- und Jugendärzte  
Wallenhorst

Dr. med. Christina Grünebaum  
Ulrike Hermes  
Isabella Schleußner

## 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?**

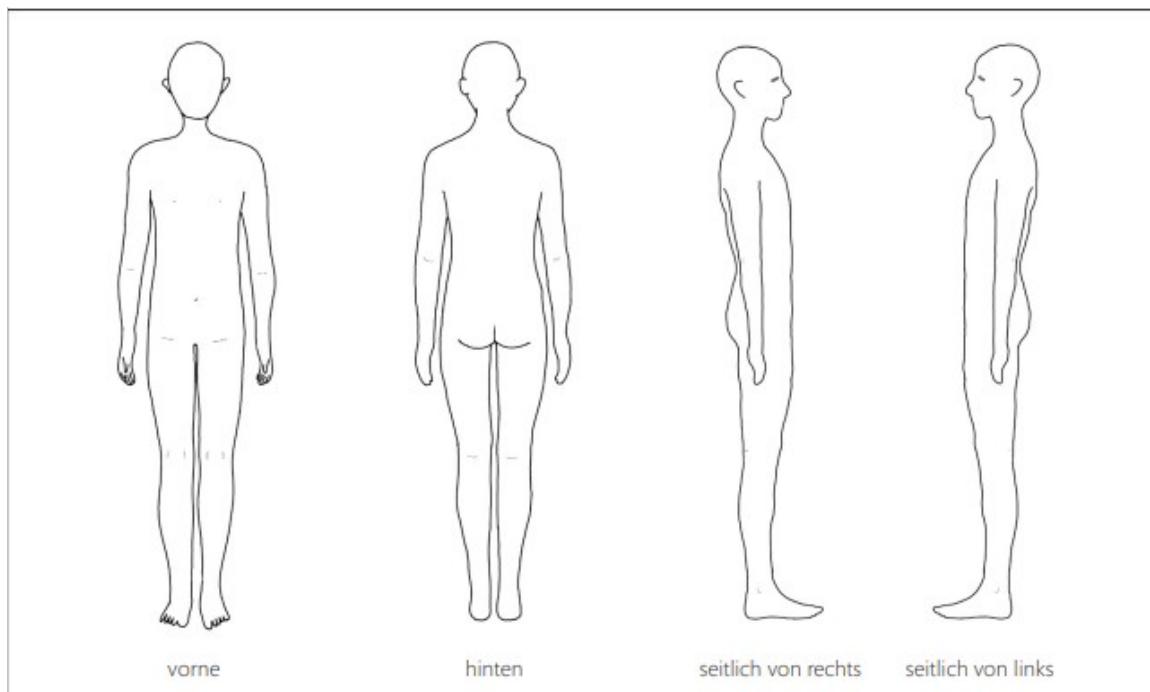
*(insbesondere rheumatische Erkrankungen, chronisch-entzündliche  
Darmerkrankungen, Schuppenflechte, Schilddrüsenerkrankungen)*

---

---

**Bestehen folgende Symptome?**

- Schwellungen:  ja  nein
- Überwärmungen:  ja  nein
- Schmerzen:  ja  nein
- Schon- /Fehlhaltungen:  ja  nein
- Morgensteifigkeit:  ja  nein  
\_\_\_\_\_ Minuten
- Wetterföhligkeit:  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

---