



Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Klinikdirektorin:
Univ.-Prof. Dr. Esther von Stebut-Borschitz

Poliklinik
Telefon: 0221 478-86858
Telefax: 0221 478-98334
E-Mail: info-dermatologie@uk-koeln.de

Anamnesebogen Ehlers-Danlos-Syndrom (Kinder)

Überweisende/r Ärztin/Arzt: _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose: _____

Molekulargenetische Diagnostik: _____

Hauterkrankungen:

	Ja	Nein
Breite Narben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wieviele? _____		

Striae (Dehnungstreifen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hämatome (Blutergüsse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kardiologie:

Gefäßanomalien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____		
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____		

Letzte kardiolog. Vorstellung? _____

Augen:

Was? _____

Orthopädie:

	Ja	Nein
Skoliose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann? _____		

Angeborene Hüftgelenkluxationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkdisluxationen / -luxationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____		

Wie häufig? _____		
Fußanomalien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____		

Knochenbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufiges Umknicken beim Gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, wie häufig? _____		

Viszerale Komplikationen:

Viszerale Hernien (Leistenbruch, Nabelbruch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Darmprolaps/-ruptur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Diagnosen/ Erkrankungen (z. B. Asthma, Diabetes):

Wenn ja, welche? _____

Schmerzen

Hatte das Kind in den letzten 6 Monaten Schmerzen? **Ja** **Nein**

Wie stark beeinträchtigen die Schmerzen den Alltag?

wenig oder keine Beeinträchtigung geringe Beeinträchtigung mäßige Beeinträchtigung schwere Beeinträchtigung

Hat Ihr Kind wegen der Schmerzen aus dem Kindergarten/ Schule gefehlt? **Ja** **Nein**

Falls ja, wie viele Tage in den letzten 3 Monaten? ____ Tage

Hat Ihr Kind in den letzten 3 Monaten Medikamente eingenommen? **Ja** **Nein**

Falls ja, tragen Sie bitte folgende Informationen ein

Medikament:	Wie häufig pro Tag/ nach Bedarf?	Wie wirksam? 1= nicht wirksam 2=wirksam
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ja **Nein**

Hat Ihr Kind ggf. eine schmerztherapeutische Anbindung?

Wenn ja, beim wem? _____

Hat Ihr Kind eine orthopädische Anbindung?

Wenn ja, bei wem? _____

Hat Ihr Kind Physiotherapie?

Wenn ja, seit dem ____ Lebensmonat

Wie oft hatte Ihr Kind im letzten Jahr Physiotherapie? regelmäßig unregelmäßig

____ Stunden/Woche im Kindergarten/Schule

____ Stunden/Woche privat

Hat Ihr Kind Ergotherapie?

Wenn ja, seit dem ____ Lebensmonat

Wie oft hatte Ihr Kind im letzten Jahr Physiotherapie? regelmäßig unregelmäßig

____ Stunden/Woche im Kindergarten/Schule

____ Stunden/Woche privat

Verwendet Ihr Kind Hilfsmittel (z. B. Fingersplits, Bandagen, Einlagen, Orthesen)?

Wenn ja, welche? _____

Bisherige Operationen:	Datum	Grund
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

Letzte drei Krankenhausaufenthalte:	Datum	Grund
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

Bisherige motorische Entwicklung

In welchem Alter hat Ihr Kind erstmals die folgenden Bewegungen gezeigt (soweit erinnerlich)?

Zusammenführung der Hände vor dem Körper	_____ Lebensmonate
Akzeptanz der Bauchlage	_____ Lebensmonate
Drehen auf die Seite	_____ Lebensmonate
Drehen auf den Bauch	_____ Lebensmonate
Drehen vom Bauch auf den Rücken	_____ Lebensmonate
Aufsetzen aus dem Liegen	_____ Lebensmonate
Freies Sitzen	_____ Lebensmonate
Robben	_____ Lebensmonate
Porutschen	_____ Lebensmonate
Kniestand	_____ Lebensmonate
Stehen mit Festhalten an Gegenständen	_____ Lebensmonate
Freies Stehen	_____ Lebensmonate
Gehen an Gegenständen	_____ Lebensmonate
Gehen an der Hand	_____ Lebensmonate
Gehen mit Hilfsmitteln	_____ Lebensmonate
Freies Gehen	_____ Lebensmonate

Bestanden Auffälligkeiten in der Entwicklung von Greifen, Krabbeln, Sitzen und Laufen?

Nein Ja welche: _____

Geburtsgeschichte:

In welcher Schwangerschaftswoche fielen Besonderheiten auf? gar nicht in sSchwangerschaftswoche _____

Was fiel auf? _____

Wie ist Ihr Kind auf die Welt gekommen?

spontan Kaiserschnitt Sonstiges _____

Geburtsgewicht _____ Geburtsgröße _____ Schwangerschaftswoche _____

In welchem Alter ist Ihr Kind erstmals gegangen in:

Krabbelgruppe ____ Jahre Kindergarten ____ Jahre Schule ____ Jahre

Welchen Kindergarten/welche Schule besucht Ihr Kind?

- Kindergarten
 Regelschule Regelschule mit Hilfsperson (z.B. Integrationshelfer)
 Integrative Schule Förderschule Waldorf-Schule Montessori-Schule
 sonstiges _____

Wie sind Sie auf die Ehlers-Danlos-Sprechstunde aufmerksam geworden? _____

Um Ihre Vorstellung in unserer Ambulanz so effektiv wie möglich zu gestalten, bitten wir Sie, zum Untersuchungstermin Folgendes bereit zu halten:

- › Überweisungsschein (diesbezüglich bekommen Sie eine gesonderte Information)
- › Adresse der/des behandelnden Haut- oder Hausärztin/-arztes (falls zutreffend)
- › Bisherige Untersuchungsergebnisse (z. B. Molekulargenetische Vorbefunde, Ergebnisse von Hautprobeentnahmen, Laboruntersuchungen, Arztbriefe usw.)
- › **Aktuelle Medikamentenliste**

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Datum