

Datum:

RhePro: 2. -4. Termin nach der Geburt

Gewicht: _____ kg



1. Informationen bezüglich Ihres Kindes/Ihrer Kinder

Geben Sie bitte das Alter des Kindes/der Kinder an: _____ Monate

Geben Sie bitte Größe und Gewicht des Kindes/der Kinder an:

Sind bei dem Kind/den Kindern gesundheitliche Probleme oder Erkrankungen aufgetreten?

ja nein

Wenn ja, welche Erkrankung und bei welchem Kind:

2. Nehmen das Kind/die Kinder aktuell Medikamente ein?

ja nein

Wenn ja, welche Medikamente und bei welchem Kind:

3. Welche der folgenden Impfungen hat Ihr Kind/ haben Ihre Kinder bereits erhalten?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rotavirus | <input type="checkbox"/> Meningokokken |
| <input type="checkbox"/> Pneumokokken | <input type="checkbox"/> Influenza (Grippe) |
| <input type="checkbox"/> Frühsommer-Meningoencephalitis (FSME) | <input type="checkbox"/> Masern-Mumps-Röteln (MMR) |
| <input type="checkbox"/> Varicellen | |
| <input type="checkbox"/> 6-fach-Impfstoff (Hexyon oder Infranrix hexa) mit Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae und Hepatitis B | |

Datum:

4. Versorgung des Kindes

Haben oder hatten Sie aufgrund Ihrer rheumatischen Erkrankung Schwierigkeiten, Ihr Kind zu versorgen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Schwierigkeiten | <input type="checkbox"/> wegen Erschöpfung |
| <input type="checkbox"/> beim Heben des Kindes | <input type="checkbox"/> wegen Niedergeschlagenheit |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit den Händen (Steifigkeit, Schmerzen) | |
| <input type="checkbox"/> sonstiger Grund – bitte spezifizieren: _____ | |

5. Stillen

Stillen Sie aktuell Ihr Kind?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ja, voll | <input type="checkbox"/> ja, teilweise |
| <input type="checkbox"/> nein, abgestillt _____ Wochen nach der Geburt | <input type="checkbox"/> ich habe nie gestillt |