



Fragebogen für Eltern von Kindern mit einer chronischen Erkrankung

Liebe Eltern,

vielen Dank, daß Sie sich die Zeit nehmen, diesen Fragebogen über das Wohlbefinden und die gesundheitsbezogene Lebensqualität Ihres Kindes zu beantworten.

Wir möchten Sie bitten, diesen Fragebogen aus der Sicht ihres Kindes zu beantworten. Bitte beantworten Sie aber den Fragebogen ohne ihr Kind nach seiner Meinung zu fragen. Alle Antworten, die Sie geben, werden vertraulich behandelt.

Wenn Sie die Fragen beantworten, denken Sie bitte daran, wie sich ihr Kind in den **letzten vier Wochen** gefühlt hat, falls nicht anders angegeben ist.

Zum Beispiel:

nie selten manch-
mal oft immer

Trifft sich ihr Kind mit seinen Freunden?

Wer beantwortet den Fragebogen?

 Mutter Vater Stiefmutter/Partnerin des Vaters Stiefvater/Partner
der Mutter Andere

Wer?



Über das Leben ihres Kindes

Denken Sie an die letzten 4 Wochen

	nie	selten	manch- mal	oft	immer
1. Sieht Ihr Kind seiner Zukunft mit Zuversicht entgegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mach Ihrem Kind sein Leben Spaß?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kann Ihr Kind trotz seiner Erkrankung alles tun, was es möchte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fühlt Ihr Kind sich wie jedes andere, obwohl es krank ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kann Ihr Kind trotz seiner Erkrankung sein Leben so leben, wie es möchte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kann Ihr Kind Dinge ohne Ihre Begleitung/Hilfe tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Über einen typischen Tag ihres Kindes

Denken Sie an die letzten 4 Wochen

	nie	selten	manch- mal	oft	immer
7. Kann Ihr Kind laufen und sich bewegen wie es möchte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Fühlt sich Ihr Kind müde wegen seiner Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hat Ihr Kind das Gefühl, sein Leben wird von seiner Erkrankung bestimmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Stört es Ihr Kind, anderen erklären zu müssen, was es tun kann bzw. nicht tun kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Schläft Ihr Kind wegen seiner Erkrankung schlecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Stört die Erkrankung Ihr Kind beim Spielen oder anderen Aktivitäten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Über die Gefühle ihres Kindes

Denken Sie an die letzten 4 Wochen

nie selten manch-
mal oft immer

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Fühlt sich Ihr Kind selbst schlecht wegen seiner Erkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Ist Ihr Kind unglücklich wegen seiner Erkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Macht sich Ihr Kind Sorgen wegen seiner Erkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Ist Ihr Kind wütend wegen seiner Erkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Hat Ihr Kind wegen seiner Erkrankung Angst vor der Zukunft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Zieht die Erkrankung Ihr Kind runter? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Stört es Ihr Kind, dass sein Leben wegen seiner Erkrankung organisiert werden muss? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Über Ihr Kind und andere Menschen

Denken Sie an die letzten 4 Wochen

nie selten manch-
mal oft immer

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20. Fühlt sich Ihr Kind wegen seiner Erkrankung einsam? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Meint Ihr Kind, dass sich seine Lehrer ihm gegenüber anders verhalten als gegenüber anderen Kindern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Mein Ihr Kind, es hat wegen seiner Erkrankung Konzentrationsprobleme in der Schule? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Hat Ihr Kind das Gefühl, andere hätten etwas gegen ihn/sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Hat Ihr Kind das Gefühl, dass andere es anstarren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Fühlt sich Ihr Kind anders als andere Kinder/Jugendliche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Über das Leben ihres Kindes

Denken Sie an die letzten 4 Wochen

	nie	selten	manch- mal	oft	immer
26. Verstehen andere Kinder/Jugendliche die Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Unternimmt Ihr Kind etwas mit seinen Freunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Kann Ihr Kind mit anderen Kindern/Jugendlichen spielen oder etwas gemeinsam machen (z. B. Sport)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Hat Ihr Kind das Gefühl, es kann die meisten Dinge genauso gut wie andere Kinder/Jugendliche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Hat Ihr Kind das Gefühl, seine Freunde sind gern mit ihm zusammen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Findet Ihr Kind es einfach, mit anderen Leuten über seine Erkrankung zu sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Über die medizinische Behandlung ihres Kindes

Denken Sie an die letzten 4 Wochen

	nie	selten	manch- mal	oft	immer
32. Stört es Ihr Kind, bei den Medikamenten auf die Hilfe von anderen angewiesen zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Nervt es Ihr Kind, an die Einnahme der Medikament denken zu müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Macht sich Ihr Kind wegen seiner Medikamente sorgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Stört es Ihr Kind, Medikamente zu nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Hasst Ihr Kind es, Medikamente zu nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Hat Ihr Kind das Gefühl, Medikamente zu nehmen unterbricht seinen Alltag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit