


Anleitung

1. In diesem Fragebogen geht es um die Gesundheit Ihres Kindes, sein Wohlbehagen und Wohlbefinden und um die Pflege Ihres Kindes.
2. Bitte lesen Sie die Anleitungen aufmerksam durch.
3. Bitte beantworten Sie alle Fragen, indem Sie die am besten zutreffende Zahl einkreisen. Kommentare oder Erklärungen können Sie in die freie Zeile unterhalb jeder Frage eintragen.

Beispiel:

GRAD DER HILFESTELLUNG

<p>Überlegen Sie, wie jede der folgenden Aktivitäten normalerweise von bzw. mit Ihrem Kind ausgeführt wird.</p> <p>Bewerten Sie dann, wie schwierig die Ausführung jeder dieser Aktivitäten in den letzten 2 Wochen war,</p> <p>und wählen Sie den Grad an Hilfestellung, der nötig war, um Ihrem Kind bei der Durchführung der Aktivitäten zu helfen.</p>								vollständig	mäßig	gering/zuschauend	unabhängig	
Wie schwierig war Folgendes in den letzten 2 Wochen:		<i>nicht möglich</i>	<i>sehr schwierig</i>	<i>etwas schwierig</i>	<i>leicht</i>	<i>sehr leicht</i>	<i>völlig unproblematisch</i>					
Anziehen/Tragen von Strümpfen, Schuhen, Schienen etc.		0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
 <i>Feld für Kommentare und Ergänzungen</i>												

Im oben genannten Beispiel wurde das "Anziehen von Strümpfen und Schuhen" für das Kind als "sehr leicht" eingestuft. Das Kind benötigte dabei nur geringe Hilfe.

4. Am Ende jeden Fragebogenteiles ist Platz, um weitere Tätigkeiten und Aktivitäten hinzuzufügen, von denen Sie finden, dass sie in diesem Fragebogen fehlen oder die Sie für die Gesundheit, das Wohlbehagen und das Wohlbefinden Ihres Kindes als wichtig erachten.

Name des Kindes:

Name der Eltern

oder Pflegeperson, die den Bogen ausfüllt:

Datum:

Teil 1: KÖRPERPFLEGE / AKTIVITÄTEN DES TÄGLICHEN LEBENS

GRAD DER HILFESTELLUNG

Überlegen Sie, wie jede der folgenden Aktivitäten normalerweise von bzw. mit Ihrem Kind ausgeführt wird.

Bewerten Sie dann, wie **schwierig** die Ausführung jeder dieser Aktivitäten in den letzten 2 Wochen war,

und wählen Sie den **Grad an Hilfestellung**, der nötig war, um Ihrem Kind bei der Durchführung der Aktivitäten zu helfen.

Wie schwierig war Folgendes in den letzten 2 Wochen:

	<i>nicht möglich</i>	<i>sehr schwierig</i>	<i>schwierig</i>	<i>etwas schwierig</i>	<i>leicht</i>	<i>sehr leicht</i>	<i>völlig unproble- matisch</i>	vollständig	mässig	Gering/zuschauend	unabhängig
1 Essen/Trinken oder gefüttert werden (wie im Alltag gemacht wird z. B über den Mund oder über Sonde oder beides)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
2 Mundhygiene (Zähne putzen)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
3 Waschen/Baden	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
4 Toilettengang (Urinieren, Stuhlgang, Hygiene etc.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
5 Wechseln der Unterwäsche, Windeln	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
6 An-/Ausziehen der Oberkörperbekleidung (T-Shirt, Jacke, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
7 An-/Ausziehen der Unterkörperbekleidung (Hose, Trainingshosen, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
8 Anziehen/Tragen von Strümpfen, Schuhen, Schienen etc.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
9 Haarpflege (Waschen, Trocknen, Bürsten /Kämmen)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
1A Weitere Aktivitäten:	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
1B Weitere Aktivitäten:	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3

Teil 2: POSITIONIERUNG, TRANSFER UND MOBILITÄT

GRAD DER HILFESTELLUNG

Überlegen Sie, wie jede der folgenden Aktivitäten normalerweise von bzw. mit Ihrem Kind ausgeführt wird. Bewerten Sie dann, wie schwierig die Ausführung jeder dieser Aktivitäten in den letzten 2 Wochen war, und wählen Sie den Grad an Hilfestellung , der nötig war, um Ihrem Kind bei der Durchführung der Aktivitäten zu helfen.								vollständig	mässig	Gering/zuschauend	unabhängig
Wie schwierig war Folgendes in den letzten 2 Wochen:	<i>nicht möglich</i>	<i>sehr schwierig</i>	<i>schwierig</i>	<i>etwas schwierig</i>	<i>leicht</i>	<i>sehr leicht</i>	<i>völlig unproblematisch</i>				
10 ins Bett legen/aus dem Bett aufstehen	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
											
11 Transfer in oder aus einem Stuhl/Rollstuhl	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
											
12 auf dem Stuhl/im Rollstuhl sitzen	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
											
13 Stehen (z. B. für Übungen, Transport)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
											
14 sich innerhalb der Wohnung bewegen (egal auf welche Art und Weise)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
											
15 sich draußen bewegen (egal auf welche Art und Weise)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
											
16 Ein- und Aussteigen in das/aus dem Fahrzeug (Auto, Transporter, Bus etc.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
											
17 öffentliche Plätze besuchen (Park, Theater, Sehenswürdigkeiten etc.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
											
2A Weitere Aktivitäten:	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
											
2B Weitere Aktivitäten:	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
											

Teil 3: WOHLBEFINDEN UND GEFÜHLE

INTENSITÄT

	<i>jeden Tag</i>	<i>sehr oft</i>	<i>ziemlich oft</i>	<i>ein paar mal</i>	<i>ein- oder zweimal</i>	<i>nie</i>	<i>sehr stark</i>	<i>mäßig</i>	<i>leicht</i>	<i>gar nicht</i>
Wie oft hatte Ihr Kind in den letzten 2 Wochen: Schmerzen oder fühlte sich unbehaglich oder unwohl										
18 beim Essen/Trinken oder gefüttert werden	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
19 beim Toilettengang? (Urinieren, Stuhlgang, Hygiene, Wickeln, etc.)	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
20 beim An- und Auskleiden?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
21 bei Transfers oder Lagewechseln?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
22 Im Sitzen?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
23 im Bett liegend?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
24 So dass der Schlaf gestört wurde?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
3A während einer anderen Tätigkeit:	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
3B während einer anderen Tätigkeit:	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3










	<i>jeden Tag</i>	<i>sehr oft</i>	<i>ziemlich oft</i>	<i>ein paar mal</i>	<i>ein- oder zweimal</i>	<i>nie</i>	<i>sehr stark</i>	<i>mäßig</i>	<i>leicht</i>	<i>gar nicht</i>
Wie oft war Ihr Kind in den letzten zwei Wochen..										
25 aufgewühlt, aufgebracht, oder ärgerlich?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
26 unglücklich oder traurig?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3

Teil 4: KOMMUNIKATION UND SOZIALE INTERAKTION

Überlegen Sie, wie jede der folgenden Aktivitäten normalerweise von bzw. mit Ihrem Kind ausgeführt wird.

Bewerten Sie dann, wie **schwierig** die Ausführung jeder dieser Aktivitäten in den letzten 2 Wochen war,

und wählen Sie den **Grad an Hilfestellung**, der nötig war, um Ihrem Kind bei der Durchführung der Aktivitäten zu helfen.

Wie schwierig war es für Ihr Kind in <u>den letzten 2 Wochen</u>		<i>nicht möglich</i>	<i>sehr schwierig</i>	<i>schwierig</i>	<i>etwas schwierig</i>	<i>leicht</i>	<i>sehr leicht</i>
27	Sie zu verstehen?	0	1	2	3	4	5
							
28	sich Ihnen verständlich zu machen?	0	1	2	3	4	5
							
29	mit fremden Personen zu kommunizieren und zu verständigen?	0	1	2	3	4	5
							
30	alleine zu spielen?	0	1	2	3	4	5
							
31	mit anderen zu spielen?	0	1	2	3	4	5
							
32	die Schule oder eine andere Kinderbetreuungsstätte zu besuchen?	0	1	2	3	4	5
							
33	an Freizeitaktivitäten teilzunehmen (Schwimmen, mit Familie und Freunden spielen etc.)?	0	1	2	3	4	5
							
4A	Weitere Gemeinschaftsaktivitäten:	0	1	2	3	4	5
							
4B	Weitere Gemeinschaftsaktivitäten:	0	1	2	3	4	5
							

Teil 5: GESUNDHEIT

In den letzten zwei Wochen	<i>Bitte kreisen Sie die Antwort ein, die am besten zutrifft.</i>					
34 Wie oft musste Ihr Kind ins Krankenhaus oder zu einem Arzt?	<i>Stationär > 7 Tage</i>	<i>stationär < 7 Tage</i>	<i>dreimal oder öfter</i>	<i>zweimal</i>	<i>einmal</i>	<i>gar nicht</i>
	0	1	2	3	4	5

In den letzten zwei Wochen						
35 Wie bewerten Sie den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes?	<i>sehr schlecht</i>	<i>schlecht</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>gut</i>	<i>sehr gut</i>	<i>ausge- zeichnet</i>
	0	1	2	3	4	5

36 Schreiben Sie die Medikamente auf, die Ihr Kind in den letzten zwei Wochen eingenommen hat:

0. Keine Medikamente


















1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Teil 6: LEBENSQUALITÄT IHRES KINDES INSGESAMT

In den letzten zwei Wochen						
37 Wie würden Sie insgesamt die Lebensqualität Ihres Kindes einschätzen?	<i>sehr schlecht</i>	<i>schlecht</i>	<i>mittel</i>	<i>gut</i>	<i>sehr gut</i>	<i>ausge- zeichnet</i>
	0	1	2	3	4	5

Teil 7: WIE WICHTIG SIND DIE EINZELNEN ABGEFRAGTEN PUNKTE FÜR DIE LEBENSQUALITÄT IHRES KINDES

Bezogen auf das gegenwertige Befinden Ihres Kindes: Wie wichtig sind Ihrer Meinung nach die folgenden Unterpunkte für die Lebensqualität Ihres Kindes?		<i>gar nicht wichtig</i>	<i>nicht sehr wichtig</i>	<i>manchmal wichtig</i>	<i>eher wichtig</i>	<i>sehr wichtig</i>	<i>am wichtigsten</i>
1	Essen/Trinken oder gefüttert werden	0	1	2	3	4	5
2	Mundhygiene durchführen	0	1	2	3	4	5
3	Waschen/Baden	0	1	2	3	4	5
4	Toilettengang/Hygiene	0	1	2	3	4	5
5	Wechseln der Unterwäsche/Windeln	0	1	2	3	4	5
6	An- und Ausziehen der Oberkörperbekleidung	0	1	2	3	4	5
7	An- und Ausziehen der Unterkörperbekleidung	0	1	2	3	4	5
8	Anziehen und Tragen von Strümpfen und Schuhen	0	1	2	3	4	5
9	Haarpflege	0	1	2	3	4	5
10	sich ins Bett legen oder aufstehen	0	1	2	3	4	5
11	Transfer in/aus einem Rollstuhl/Stuhl	0	1	2	3	4	5
12	Sitzen auf dem Stuhl/in dem Rollstuhl	0	1	2	3	4	5
13	Stehen für Übungen oder Transfer	0	1	2	3	4	5

14	sich in der Wohnung bewegen	0	1	2	3	4	5
							
15	sich draußen bewegen	0	1	2	3	4	5
							
16	Ein- und Aussteigen in/aus einem Fahrzeug	0	1	2	3	4	5
							
17	Besuch von öffentlichen Plätzen/ Veranstaltungen	0	1	2	3	4	5
							
18	sich wohl fühlen beim Essen	0	1	2	3	4	5
							
19	sich wohl fühlen beim Toilettengang	0	1	2	3	4	5
							
20	sich wohl fühlen beim An- und Ausziehen	0	1	2	3	4	5
							
21	sich wohl fühlen beim Transfer oder beim Wechseln der Körperposition	0	1	2	3	4	5
							
22	sich wohl fühlen im Sitzen	0	1	2	3	4	5
							
23	sich wohl fühlen im Liegen	0	1	2	3	4	5
							
24	sich wohl fühlen während des Schlafens	0	1	2	3	4	5
							
25	Stimmungslage oder Verhalten	0	1	2	3	4	5
							
26	Glücklichsein	0	1	2	3	4	5
							
27	Fähigkeit, Sie zu verstehen	0	1	2	3	4	5
							
28	Fähigkeit, sich Ihnen verständlich zu machen	0	1	2	3	4	5
							
29	Fähigkeit, sich mit anderen zu verständigen	0	1	2	3	4	5
							
30	Fähigkeit, alleine spielen zu können	0	1	2	3	4	5
							

31	Fähigkeit, mit anderen spielen zu können	0	1	2	3	4	5
							
32	Fähigkeit, die Schule oder eine andere Kinderbetreuungsstätte besuchen zu können	0	1	2	3	4	5
							
33	Fähigkeit, an Freizeitaktivitäten teilnehmen zu können	0	1	2	3	4	5
							
34	Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte auf ein Minimum zu reduzieren	0	1	2	3	4	5
							
35	Gesundheit insgesamt	0	1	2	3	4	5
							
36	Die Anzahl der Medikamente auf ein Minimum zu reduzieren	0	1	2	3	4	5
							

Teil 8: ANGABEN ZU IHREM KIND

1 Mein Kind ist	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich
2 Wann wurde Ihr Kind geboren	_____ . _____ . _____ Tag Monat Jahr
3 Was ist die höchste Klassenstufe, die Ihr Kind erreicht und abgeschlossen hat? (Bitte nur eine Stufe auswählen)	Kindergarten____ Vorschule____ 1. Klasse____ 2. Klasse____ 3. Klasse____ 4. Klasse____ 5. Klasse____ 6. Klasse____ 7. Klasse____ 8. Klasse____ 9. Klasse____ 10. Klasse____ 11. Klasse____ 12. Klasse____ 13. Klasse____ 14. Keiner Klassenstufe zugeordnet____ Wenn keiner Klassenstufe zugeordnet: wie viele Jahre hat Ihr Kind die Schule besucht? ____Jahre

Teil 9: IHRE PERSÖNLICHEN DATEN

1	Sie sind	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich
2	Wann sind Sie geboren?	_____ · _____ · _____ Tag Monat Jahr	
3	Welche der folgenden Angaben beschreibt Ihren momentanen Beschäftigungsstatus? (bitte alles ankreuzen was zutrifft)	Wegen des Gesundheitszustandes meines Kindes arbeite ich nicht	<input type="checkbox"/>
		Ich arbeite aus anderen Gründen nicht	<input type="checkbox"/>
		Ich suche eine Arbeit außer Haus	<input type="checkbox"/>
		Ich arbeite (Voll- oder Teilzeitarbeit, außer Haus oder von zu Hause aus)	<input type="checkbox"/>
		Ich bin Hausfrau/ -mann	<input type="checkbox"/>
4	Welche der folgenden Aussagen beschreibt Ihr Verhältnis zu Ihrem Kind am besten?	Biologischer Elternteil	<input type="checkbox"/>
		Stiefeltern	<input type="checkbox"/>
		Pflegeeltern	<input type="checkbox"/>
		Adoptiveltern	<input type="checkbox"/>
		Betreuer	<input type="checkbox"/>
		Professionelles Pflegepersonal	<input type="checkbox"/>
		Anderes (bitte angeben)	<input type="checkbox"/>
5	An wie vielen Tagen in der Woche sind Sie für die Pflege Ihres Kindes verantwortlich?	_____ Tage pro Woche	
6	Welchen Schulabschluss/welche Berufsausbildung haben Sie?	Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/>
		Realschulabschluss	<input type="checkbox"/>
		Abitur	<input type="checkbox"/>
		Fachschulabschluss	<input type="checkbox"/>
		Universitätsabschluss	<input type="checkbox"/>

Ergänzende Patienteninformationen

Wir bitten um folgende ergänzende Angaben, um Risikofaktoren für die gesundheitsbezogene Lebensqualität Ihres Kindes erfassen und untersuchen zu können.

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

1. Ist bei Ihrem Kind jemals ein Röntgenbild der Hüfte durchgeführt worden?

Ja Nein

Wenn Ja, wann zuletzt (Datum)?

Wo? (Adresse des untersuchenden Arztes)

2. Liegt Ihnen der Befund vor?

Ja Nein

3. Wo befindet sich das Röntgenbild der Hüfte?

• Bei mir Zuhause

• Beim Arzt, der das Röntgenbild angefertigt hat

• Anderer Ort: _____

• Weiß ich nicht

4. Ist bei Ihrem Kind jemals eine Kernspintomographie des Gehirns durchgeführt worden?

Ja Nein

Wieviel Zeit haben Sie/Ihr Kind zum Ausfüllen des Fragebogens CPCHILD gebraucht?

ca. min