

Von der Einrichtung auszufüllen
Bitte geben Sie an, um welches Kind es
sich handelt (Bsp: Erst-Geborenes
Kind).

_____ -Geborenes Kind

**Qualitätssicherungsverfahren
medizinische stationäre Rehabilitation/Vorsorge
für Mütter und Väter
(einschließlich Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen)
der Gesetzlichen Krankenkassen**

**Fragebogen für medizinisch
behandlungsbedürftige
Kinder bis 11 Jahre**

zum Ausfüllen durch die Eltern

Beginn der Maßnahme

Liebe Eltern,

auf den folgenden Seiten finden Sie eine Reihe von Fragen, die die Gesundheit und das Verhalten Ihres Kindes betreffen. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen für jedes mitreisende Kind unter 12 Jahren aus.

Manche der nachfolgenden Fragen mögen Ihnen vielleicht nicht zutreffend erscheinen; dennoch möchten wir Sie bitten, jede Frage zu beantworten. Wenn Sie sich bei einer Frage unsicher sind, wählen Sie bitte die Antwort, die Ihrer Meinung nach am besten auf Sie zutrifft. Bei kleinen Kindern kann eine Beantwortung einiger Fragen nicht sinnvoll möglich sein, bitte kreuzen Sie in dem Fall das Feld „nicht zutreffend“ an.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Noch einige Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

- Die meisten Fragen des Fragebogens lassen sich beantworten, indem Sie die vorgegebenen Kästchen ankreuzen.
- Bitte machen Sie pro Zeile nur ein Kreuz in die vorgesehenen Kästchen! Entscheiden Sie sich bitte für eine der Antwortmöglichkeiten!
- Wenn Sie Anmerkungen zu den Fragen haben, können Sie diese auf der letzten Seite des Fragebogens notieren.

Beispiel:

	gar nicht	kaum	mäßig	stark
<u>Richtig:</u> Beschwerden durch allergische Reaktion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Falsch!:</u> Beschwerden durch allergische Reaktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschwerden durch allergische Reaktion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschwerden durch allergische Reaktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Im Folgenden geht es um die Gesundheit Ihres Kindes.
Bitte überlegen Sie, wie Ihr Kind sich in der letzten Woche gefühlt hat.**

In der letzten Woche...	nie	selten	manchmal	oft	immer
1. ...hat mein Kind sich krank gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...hatte mein Kind Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...war mein Kind müde oder schlapp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...hatte mein Kind viel Kraft und Ausdauer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...hat mein Kind viel gelacht und Spaß gehabt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...hatte mein Kind zu nichts Lust.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...hat mein Kind sich allein gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...hat mein Kind sich ängstlich oder unsicher gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...war mein Kind stolz auf sich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...fühlte mein Kind sich wohl in seiner Haut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...mochte mein Kind sich selbst leiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ...hatte mein Kind viele gute Ideen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden geht es um das Verhalten Ihres Kindes in der letzten Zeit.

	nicht zutreffend	teilweise zutreffend	eindeutig zutreffend
13. Rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden geht es um das Verhalten Ihres Kindes in der letzten Zeit.

	nicht zutref- fend	teilweise zutref- fend	eindeu- tig zu- treffend
17. Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Einzelgänger, spielt meist alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Im Allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene ver- langen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Hat viele Sorgen, erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Nervös und anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Lieb zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Lügt und mogelt häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern, anderen Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Denkt nach, bevor er / sie handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden geht es um das Verhalten Ihres Kindes in der letzten Zeit.

	nicht zutref- fend	teilweise zutref- fend	eindeu- tig zu- treffend
35. Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>