

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

**Patientenbogen**

**Beginn der Maßnahme**

Stand: 21.09.2017

Liebe Patientin, lieber Patient,

auf den folgenden Seiten finden Sie eine Reihe von Fragen zu Ihrer Gesundheit und Ihrem Befinden. Die Beantwortung dieser Fragen soll Erkenntnisse dazu bringen, ob die Maßnahme erfolgreich war.

In dem Fragebogen geht es um Themen, die für Ihre Gesundheit wichtig sein können. Manche der 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.

**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
<b><u>Richtig:</u></b> Beschwerden durch allergische Reaktion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>Falsch!:</u></b> Beschwerden durch allergische Reaktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zunächst möchten wir Sie bitten, einige Angaben zu Ihrer Person zu machen.

**1. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?**

- deutsch
- nicht-deutsch

**2. Wie ist Ihr Familienstand?**

- ledig
- verheiratet
- geschieden / getrennt lebend
- verwitwet

**3. Leben Sie mit einem festen Partner zusammen?**

- ja
- nein

**4. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?**

insgesamt \_\_\_\_ Personen

**5. Wie viele davon sind 18 oder älter?**

\_\_\_\_ Personen

**6. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?**

- Hauptschule / Volksschule
- Realschule / Mittlere Reife
- Polytechnische Oberschule
- Fachhochschulreife
- Abitur / allgemeine Hochschulreife
- anderen Schulabschluss
- keinen Schulabschluss

**7. Sind Sie zurzeit erwerbstätig?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ja, ganztags             | <input type="checkbox"/> nein, Hausfrau / Hausmann                |
| <input type="checkbox"/> ja, mindestens halbtags  | <input type="checkbox"/> nein, in Ausbildung                      |
| <input type="checkbox"/> ja, weniger als halbtags | <input type="checkbox"/> nein, arbeitslos / erwerbslos            |
|   | <input type="checkbox"/> nein, Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente |
|   | <input type="checkbox"/> nein, Altersrente                        |
|   | <input type="checkbox"/> nein, anderes                            |

**8. In welcher beruflichen Stellung sind Sie hauptsächlich derzeit beschäftigt bzw. (falls nicht mehr berufstätig) waren Sie zuletzt beschäftigt?**

- Arbeiterin / Arbeiter
- Angestellte / Angestellter
- Beamtin / Beamter
- Selbstständige / Selbstständiger
- Sonstiges

**9. Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushaltes insgesamt?**

- unter 500 Euro
- 500 bis unter 1000 Euro
- 1000 bis unter 1500 Euro
- 1500 bis unter 2000 Euro
- 2000 bis unter 2500 Euro
- 2500 bis unter 3000 Euro
- 3000 bis unter 3500 Euro
- 3500 Euro und mehr

Bei den folgenden Fragen sollen Sie angeben, wie **wichtig** einzelne Aspekte Ihrer Gesundheit für Ihre Zufriedenheit und Ihr Wohlbefinden sind. Außerdem geht es darum, wie **zufrieden** Sie mit Ihrer Gesundheit sind.

10. Wie <b>wichtig</b> ist / sind für Sie ...	nicht wichtig	etwas wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	extrem wichtig
10.1 Körperliche Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2 Entspannungsfähigkeit / Ausgeglichenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3 Energie / Lebensfreude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.4 Fortbewegungsfähigkeit (z. B. gehen, Auto fahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.5 Seh- und Hörvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.6 Angstfreiheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.7 Beschwerde- und Schmerzfreiheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.8 Unabhängigkeit von Hilfe / Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Wie <b>zufrieden</b> sind Sie mit Ihrer / Ihrem...	unzufrieden	eher unzufrieden	eher zufrieden	ziemlich zufrieden	sehr zufrieden
11.1 Körperliche Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.2 Entspannungsfähigkeit/Ausgeglichenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.3 Energie / Lebensfreude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.4 Fortbewegungsfähigkeit (z. B. gehen, Auto fahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.5 Seh- und Hörvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.6 Ausmaß von Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.7 Ausmaß von Beschwerden und Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.8 Unabhängigkeit von Hilfe / Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bei den folgenden Aussagen geht es darum, wie man sich in unangenehmen, belastenden oder schwierigen Situationen verhalten kann. Beurteilen Sie bei jeder Aussage bitte, inwiefern diese auf Ihr Denken und Verhalten zutrifft.**

12.		überhaupt nicht	ein bisschen	ziemlich	sehr
12.1	Ich habe mich darauf konzentriert, etwas an meiner Situation zu verändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.2	Ich habe aufmunternde Unterstützung von anderen erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.3	Ich habe aktiv gehandelt, um die Situation zu verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.4	Ich habe meinen Gefühlen freien Lauf gelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.5	Ich habe andere Menschen um Hilfe und Rat gebeten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.6	Ich habe versucht, mir einen Plan zu überlegen, was ich tun kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.7	Jemand hat mich getröstet und mir Verständnis entgegengebracht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.8	Ich habe offen gezeigt, wie schlecht ich mich fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.9	Ich habe versucht, von anderen Menschen Rat oder Hilfe einzuholen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.10	Ich habe mir viele Gedanken gemacht, was hier das Richtige wäre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**In den folgenden Aussagen geht es um die Unterstützung durch andere Menschen. Bitte geben Sie bei jeder der Aussagen an, inwieweit Sie ihr zustimmen oder nicht.**

13.		stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
13.1	Wenn es kritisch wird, hole ich mir gern Rat von anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.2	Wenn ich niedergeschlagen bin, treffe ich mich mit anderen, damit sie mich aufmuntern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.3	Wenn ich Sorgen habe, suche ich das Gespräch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.4	Wenn ich nicht weiter weiß, frage ich andere, was sie an meiner Stelle tun würden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.5	Wenn ich Hilfe brauche, bitte ich andere darum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte geben Sie bei den folgenden Aussagen an, wie Sie über sich selbst denken.**

14.		trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
14.1	Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.2	Hin und wieder denke ich, dass ich gar nichts taue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.3	Ich besitze eine Reihe guter Eigenschaften.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.4	Ich kann vieles genauso gut wie die meisten anderen Menschen auch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.5	Ich fürchte, es gibt nicht viel, worauf ich stolz sein kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.6	Ich fühle mich von Zeit zu Zeit richtig nutzlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.7	Ich halte mich für einen wertvollen Menschen, jedenfalls bin ich nicht weniger wertvoll als andere auch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.8	Ich wünschte, ich könnte vor mir selbst mehr Achtung haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.9	Alles in allem neige ich dazu, mich für einen Versager zu halten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.10	Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst gefunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15.	2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	haupt nicht	zelenen Tagen	als der Hälfte der Tage	jeden Tag
15.1	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.2	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.3	Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.4	Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.5	Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.6	Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.7	Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitung lesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.8	Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.9	Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bei den folgenden Fragen geht es um verschiedene Belastungen und Beeinträchtigungen im Alltag.**

16.	Welche der folgenden Bedingungen belasten Sie in Ihrer Haus- bzw. Familienarbeit?	gar nicht	wenig	stark
16.1	Lange Arbeitszeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.2	Gestörte Nachtruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.3	Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.4	Ständige Verfügbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.5	Körperlich schwere Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.6	Unangenehme einseitige körperliche Beanspruchung / Körperhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.7	Hohes Arbeitstempo, Zeitdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.8	Starke Konzentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**in Ihrer Haus- bzw. Familienarbeit?**

- |       |   |                          |                          |                          |
|-------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.9  | Widersprüchliche Anforderungen, Erwartungen     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.10 | Häufige Störungen und Unterbrechungen           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.11 | Hohe Verantwortung für Menschen                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.12 | Mehrfachbelastung durch Beruf, Kinder, Haushalt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.13 | Mangelnde Anerkennung meiner Arbeitsleistung    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16.14 Wie viele Stunden verbringen Sie durchschnittlich in der Woche mit Familien-/ Hausarbeit? \_\_\_\_\_ (Anzahl in Stunden)

- | 17.  | Wie häufig machen Sie sich Sorgen, dass Sie wegen Ihres Gesundheitszustandes in Zukunft... | nie                      | manchmal                 | oft                      | immer                    |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17.1 | Ihr Kind / Ihre Kinder nicht versorgen können?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17.2 | Ihren Haushalt nicht mehr bewältigen können?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |      |  | überhaupt nicht          | ein wenig                | ziemlich stark           | sehr stark               |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17.3 | Behindert Sie der Gesundheitszustand Ihres Kindes / Ihrer Kinder bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben im Beruf oder Haushalt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |      |   | gar nicht                | kaum                     | mäßig                    | stark                    |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17.4 | Wie stark fühlen Sie sich durch (eine) Erkrankung(en) Ihres Kindes / Ihrer Kinder belastet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen zu Beschwerden und Symptomen.**

- | 18.  | Wie stark leiden Sie unter den folgenden Beschwerden? | gar nicht                | kaum                     | mäßig                    | stark                    |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 18.1 | Hautprobleme  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18.2 | Beschwerden durch allergische Reaktion                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18.3 | Essstörungen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

19.	Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	beeinträchtigt	beeinträchtigt	beeinträchtigt
19.1	Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.2	Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.3	Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.4	Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation ( <i>nur für Frauen!</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.5	Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.6	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.7	Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.8	Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.9	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.10	Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.11	Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.12	Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.13	Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte geben Sie an, in welchem Maße Sie in der letzten Zeit Schwierigkeiten hatten, folgendes zu tun:**

20.		unmöglich	große Schwierigkeiten	mäßige Schwierigkeiten	geringe Schwierigkeiten	ohne Schwierigkeiten
20.1	Körperlich schwere Arbeiten verrichten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.2	Sich strecken, um ein Buch von einem hohen Regal zu holen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.3	Einen Gegenstand vom Boden aufheben oder Schuhe zubinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.4	Einen schweren Gegenstand über 5 Meter tragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.5	Eine halbe Stunde körperlich arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte geben Sie an, in welchem Maße Sie in der letzten Zeit Schwierigkeiten hatten, folgendes zu tun:**

20.		unmöglich	große Schwierigkeiten	mäßige Schwierigkeiten	geringe Schwierigkeiten	ohne Schwierigkeiten
20.6	Sportarten betreiben, bei denen man richtig ins Schwitzen kommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.7	30 min lang ohne Unterbrechung stehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.8	Eine Treppe über drei Etagen hinauf gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte geben Sie bei den folgenden Aussagen an, wie Sie über sich selbst denken.**

21.		stimme völlig zu	stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
21.1	Mir ist klargeworden, dass die Probleme der Kindererziehung leicht zu lösen sind, wenn man einmal verstanden hat, wie das eigene Handeln die Kinder beeinflusst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.2	Ich würde ein gutes Vorbild für andere junge Eltern abgeben, die lernen wollen, gute Eltern zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.3	Erziehung ist zu schaffen und auftretende Probleme sind leicht zu lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.4	Ich erfülle meine persönlichen Erwartungen daran, wie ich mich um mein Kind kümmere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.5	Wenn irgendjemand eine Antwort darauf weiß, was mit meinem Kind los ist, dann bin ich es.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte geben Sie bei den folgenden Aussagen an, wie Sie über sich selbst denken.

21.		stimme völlig zu	stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
21.6	Wenn ich bedenke, wie lange ich schon Mutter / Vater bin, fühle ich mich mit dieser Rolle sehr vertraut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.7	Ich bin fest davon überzeugt, dass ich über alle notwendigen Fertigkeiten verfüge, um meinem Kind eine gute Mutter / ein guter Vater zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>