

# Qualitätssicherungsverfahren der Gesetzlichen Krankenkassen

Patientenbogen – medizinische stationäre Rehabilitation / Vorsorge für Mütter und Väter  
(einschließlich Mutter- / Vater-Kind-Maßnahmen) **(Nachbefragung)**

Fragebogen – für medizinisch behandlungsbedürftige Kinder bis 11 Jahre zum Ausfüllen durch die Eltern



001 K2

Stand: 30.11.2023 QS-Reha Zyklus 5.0

Einrichtungs-ID

4000 MVK

Liebe Eltern,

wir möchten Sie nun einige Wochen nach dem Ende der Maßnahme nochmals bitten, eine Reihe von Fragen zu Gesundheit und Verhalten Ihres Kindes zu beantworten. Bitte achten Sie darauf, bei zwei Kindern unter 12 Jahren die Bögen wie bei der ersten Befragung (Beginn der Maßnahme) denselben Kindern zuzuordnen:

**K1 = jüngeres an der Befragung teilnehmendes Kind unter 12 Jahren.**

**K2 = älteres an der Befragung teilnehmendes Kind unter 12 Jahren (wenn vorhanden).**

Einige dieser Fragen mögen Ihnen bereits bekannt vorkommen; wir möchten Sie dennoch um eine erneute Beantwortung bitten, da wir an Ihrer aktuellen Einschätzung interessiert sind. 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!

## Wie kreuze ich richtig an?

- Die meisten Fragen des Fragebogens lassen sich beantworten, indem Sie die vorgegebenen Kästchen ankreuzen. Bitte benutzen Sie einen Kugelschreiber.
- Bitte pro Zeile nur ein Kreuz in die vorgesehenen Kästchen machen! Entscheiden Sie sich bitte für eine der Antwortmöglichkeiten.

Bitte Felder sauber und  
kräftig markieren!

richtig  
 falsch

Falsch angekreuztes Feld komplett schwärzen  
und gewünschtes Feld ankreuzen.



**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
... hat mein Kind sich krank gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte mein Kind Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war mein Kind müde oder schlapp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte mein Kind viel Kraft und Ausdauer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat mein Kind viel gelacht und Spaß gehabt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte mein Kind zu nichts Lust.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat mein Kind sich allein gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat mein Kind sich ängstlich oder unsicher gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war mein Kind stolz auf sich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühlte mein Kind sich wohl in seiner Haut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mochte mein Kind sich selbst leiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte mein Kind viele gute Ideen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUSTER



## 4000 Mütter, Väter und Kinder (Vorsorge- und Rehabilitation)

### Patientenbogen – Nachbefragung (Kind 2)

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

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilt gerne mit anderen Kindern (z. B. Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzelgänger, spielt meist allein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Sorgen, erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat wenigstens eine gute Freundin oder einen guten Freund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervös und anklammernd in neuen Situationen, verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liebt zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lügt und mogelt häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern, Gleichaltrigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denkt nach, bevor sie / er handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiehlt zuhause, in der Schule oder anderswo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!**

Bitte gehen Sie den Fragebogen noch einmal durch und überprüfen Sie Ihre Angaben auf Vollständigkeit.

