

# Qualitätssicherungsverfahren der Gesetzlichen Krankenkassen

Patientenbogen – Kinder- und Jugendrehabilitation  
Fragebogen für Kinder **bis 11 Jahre**



**001**

**K0**

Stand: 01.04.2021 QS-Reha Zyklus 4.0

**Support-ID**

**5000**

**Kinder- und  
Jugendrehabilitation**

**Liebe Eltern,**

in diesem Fragebogen möchten wir Ihnen einige Fragen zu der Reha Ihres Kindes und der Gesundheit Ihres Kindes stellen. Die Fragen sollten idealerweise von dem Elternteil beantwortet werden, welches das Kind in die Reha begleitet hat. Bitte beantworten Sie alle Fragen!

Wenn Sie auf eine Frage keine Antwort wissen, die Frage für Sie nicht relevant ist oder Sie die Frage nicht verstehen, dann kreuzen Sie bitte „kann ich nicht beantworten“ an. Dieses Feld steht immer ganz rechts.

**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 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.**



**1. Zuerst möchten wir gerne wissen, wie es Ihrem Kind in der Reha gefallen hat.**  
 Bitte antworten Sie nach Ihrer Einschätzung oder fragen Sie – sofern möglich – Ihr Kind.

	Sehr gut	Eher gut	Eher nicht gut	Gar nicht gut	Kann ich nicht beantworten
Wie hat Ihrem Kind insgesamt die Zeit in der Reha gefallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie haben Ihrem Kind die Freizeit- und Spielmöglichkeiten gefallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. Wie haben Ihrem Kind die verschiedenen Therapien, Behandlungen und Schulungen in der Reha gefallen?**  
 Bitte antworten Sie nach Ihrer Einschätzung oder fragen Sie – sofern möglich – Ihr Kind.

	Sehr gut	Eher gut	Eher nicht gut	Gar nicht gut	Daran hat mein Kind nicht teilgenommen	Kann ich nicht beantworten
Sport und Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik / Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musik, Tanz, Basteln, Werken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannungsübungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gespräche und Behandlungen durch Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gespräche mit Psychologen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulungen zu der Erkrankung / den Erkrankungen Ihres Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapien, Behandlungen und Schulungen insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Waren die Therapien, Behandlungen und Schulungen, die Ihr Kind in der Reha erhalten hat, aus Ihrer Sicht nützlich und hilfreich?**

	Sehr gut	Eher gut	Eher nicht gut	Gar nicht gut	Daran hat mein Kind nicht teilgenommen	Kann ich nicht beantworten
Therapien, Behandlungen und Schulungen insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulungen zu der Erkrankung / den Erkrankungen Ihres Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulungen zu gesundem Leben / Gesundheitsförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**4. In dieser Frage geht es um die Ziele und den Erfolg der Reha Ihres Kindes aus Ihrer Sicht.**  
 Kreuzen Sie bitte an, inwiefern die folgenden Aussagen auf Sie und Ihr Kind zutreffen.

	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Kann ich nicht beantworten
Realistische Reha-Ziele für mein Kind wurden zusammen mit mir abgestimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit mir wurde besprochen, durch welche Therapien und Behandlungen die Reha-Ziele für mein Kind am besten zu erreichen sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aus meiner Sicht wurden für mein Kind die richtigen Therapien und Behandlungen veranlasst, um seine Reha-Ziele zu erreichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aus heutiger Sicht hat mein Kind die Reha-Ziele erreicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch die Reha hat mein Kind weniger Beschwerden mit seiner Erkrankung / seinen Erkrankungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Haben sich aus Ihrer Sicht die folgenden Probleme Ihres Kindes durch die Reha gegenüber vorher verbessert?**  
 Kreuzen Sie bitte an, inwiefern die folgenden Aussagen auf Ihr Kind zutreffen!

Durch die Reha ...	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Dieses Problem hatte mein Kind nicht	Kann ich nicht beantworten
... hat mein Kind allgemein weniger unangenehme Gefühle. (z. B. Angst, Wut, Unglücklichsein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat mein Kind weniger körperliche Beschwerden und Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist mein Kind sicherer im Umgang mit seiner Erkrankung geworden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kommt mein Kind besser mit Freunden und Gleichaltrigen zurecht (z. B. gemeinsam spielen, reden, etwas unternehmen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... macht sich mein Kind weniger Sorgen wegen seiner Gesundheit und seines Wohlbefindens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**6. Besucht Ihr Kind die Schule?**

Nein, (noch) nicht → Bitte weiter mit Frage 9

Ja  
 ↓

**7. Wie gut konnte ihr Kind durch den Schulunterricht in der Reha den Anschluss an den Lernstoff seiner Schule zu Hause halten?**

Sehr gut	Eher gut	Eher nicht gut	Gar nicht gut	Kann ich nicht beantworten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. Haben sich aus Ihrer Sicht die folgenden Probleme in der Schule durch die Reha gegenüber vorher verbessert?**

Durch die Reha ...	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Dieses Problem hatte mein Kind nicht	Kann ich nicht beantworten
... kann sich mein Kind in der Schule besser konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kommt mein Kind mit Mitschülern und Lehrern besser zurecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**9. Wie nützlich und hilfreich waren aus Ihrer Sicht die Schulungs- und Gesprächsangebote für Eltern?**  
 (z. B. Anleitung der Eltern zum Krankheitsmanagement, Inhalierfortbildung, Essverhaltenstraining, Eincremeanleitung)  
 Bitte kreuzen Sie an, inwiefern die folgenden Aussagen aus Ihrer Sicht zutreffen.

	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Daran habe ich nicht teilgenommen	Kann ich nicht beantworten
Die Schulungen und Anleitungen für Begleitpersonen waren nützlich und hilfreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Gespräche der Ärzte mit mir waren nützlich und hilfreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Gespräche mit Psychologen waren nützlich und hilfreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Gespräche mit weiteren Personen aus dem Reha-Team waren nützlich und hilfreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**10. Sind Sie durch die Schulungs- und Gesprächsangebote für Eltern sicherer im Umgang mit der Erkrankung Ihres Kindes geworden?**

*Bitte kreuzen Sie an, inwiefern die folgenden Aussagen auf Sie persönlich zutreffen!*

	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Solche Schulung(en) / Gespräche hatte ich nicht	Ich habe mich schon vor der Reha sicher gefühlt	Kann ich nicht beantworten
Durch die Schulungen in der Reha bin ich allgemein sicherer im Umgang mit der Erkrankung meines Kindes geworden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch die Schulungen und Anleitungen in der Reha bin ich sicherer im Umgang mit Medikamenten für mein Kind geworden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die moderierten Gruppengespräche haben mir im Umgang mit der Erkrankung meines Kindes geholfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11. Hat sich Ihr Umgang mit der Erkrankung / den Erkrankungen Ihres Kindes durch die Reha geändert?**

*Bitte kreuzen Sie an, inwiefern die folgenden Aussagen auf Sie und Ihr Kind zutreffen.*

	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Ich habe keine solche Schulung(en) / Empfehlungen bekommen	Kann ich nicht beantworten
Ich wende an, was mir in der Reha vermittelt wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich setze die Empfehlungen um, die ich zur Nachsorge für mein Kind erhalten habe (z. B. weiterführende Therapien, Sport oder Übungen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. Wendet Ihr Kind heute im Alltag an, was es in der Reha zu seiner Erkrankung / seinen Erkrankungen gelernt hat?**

Ja, voll und ganz	Eher ja	Eher nicht	Gar nicht	Kann ich nicht beantworten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**13. Wie bewerten Sie den Kontakt zwischen Ihnen und der Reha-Klinik?**

	Nein	Bin unentschieden	Ja	Kann ich nicht beantworten
Haben Sie von der Reha-Einrichtung alle wichtigen Informationen zur Vorbereitung auf den Reha-Aufenthalt erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde Ihnen bei Rückfragen an die Reha-Einrichtung vor, während oder nach der Reha freundlich und kompetent Auskunft gegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War das Reha-Team bei Ihrem Aufenthalt / Ihren Besuchen freundlich und hilfsbereit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie für die Zeit nach der Reha Empfehlungen zur Nachsorge Ihres Kindes erhalten? <i>(z. B. weiterführende Therapien, Sport oder Übungen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. Hier möchten wir Sie noch um Ihre Gesamtbewertung des Erfolgs der Reha Ihres Kindes und der Bewertung der Reha-Klinik bitten.**

	Nein	Bin unentschieden	Ja
Hat sich insgesamt die Gesundheit Ihres Kindes durch die Reha verbessert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Würden Sie anderen Eltern diese Reha-Einrichtung für Ihr Kind empfehlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Ihr Kind eine weitere Reha benötigen sollte: Würden Sie sich wieder für diese Reha-Einrichtung entscheiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15. Waren Sie während der Reha als Begleitperson mit aufgenommen?**

Nein	Ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. Gab es seit dem Ende der Reha Ereignisse, die Ihr Kind aus dem Gleichgewicht gebracht haben, z. B. Streitigkeiten, Erkrankungen, Unfälle, Probleme in der Schule oder in der Familie?  
 Solche Ereignisse können die Gesundheit nach der Reha negativ beeinflussen. Deshalb fragen wir nach diesen Ereignissen.**

Nein, kein Ereignis	Ja, ein Ereignis	Ja, zwei oder mehr Ereignisse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Abschließend möchten wir Ihnen noch zwei Fragen zu Ihrer persönlichen Situation stellen.**

**17. Lebt ihr Kind bei Ihnen zu Hause?**

Nein

Ja

**18. Ist Deutsch seine Muttersprache?**

Nein

Ja

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

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

