

7. Nun möchten wir noch etwas mehr über deine Epilepsie wissen!



<i>In der letzten Woche ...</i>		nie	selten	manch- mal	oft	immer
1.	... war ich beim Sport trotz meiner Epilepsie so gut wie die anderen Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	... habe ich mich geärgert, dass ich wegen meiner Epilepsie nicht schwimmen durfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	... wurde ich wegen meiner Epilepsie seltener eingeladen als meine Mitschüler und Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	... hatte ich das Gefühl, dass die anderen mich wegen meiner Epilepsie nicht so gern mögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	... war ich mit meinem Aussehen zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	... brauchte ich viel Hilfe von anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	... hat es mich gestört, von anderen abhängig zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	... hatte ich Angst vor einem Anfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	... gab es wegen meiner Epilepsie Ärger zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	... wurde ich von anderen Kindern wegen meiner Epilepsie geärgert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	... fühlte ich mich wegen meiner Epilepsie unwohl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	... hatte ich Angst, dass andere Leute mich sehen, wenn ich einen Anfall bekomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	... wurde ich wegen der Epilepsie anders behandelt als meine Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	... habe ich mich wegen meiner Epilepsie geschämt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>In der letzten Woche ...</i>		nie	selten	manch- mal	oft	immer
15.	... haben mir meine Eltern wegen der Epilepsie Dinge verboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	... war ich wegen meiner Epilepsie mit mir selber unzufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	... fühlte ich mich von meinen Eltern überfordert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	... wurde ich wegen meiner Epilepsie ausgeschlossen, wenn andere etwas zusammen machten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	... machte ich mir Sorgen, wegen meiner Epilepsie später keinen Beruf zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	... hatte ich Angst, dass andere Kinder meine Krankheit unheimlich finden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	... machte ich mir Sorgen, dass ich wegen der Epilepsie keinen festen Freund/Freundin finden werde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	... konnte ich dasselbe tun wie andere Kinder, die keine Epilepsie haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	... habe ich meinen Eltern verheimlicht, wie ich mich fühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	... hatte ich Angst, dass andere denken, ich sei behindert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	... konnte ich wegen meiner Epilepsie in der Schule schlecht aufpassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	... hatte ich das Gefühl, wegen meiner Epilepsie nicht so schnell denken zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	... habe ich wegen meiner Epilepsie mehr vergessen als andere Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer
28. ... hat es mich gestört, dass ich Medikamente nehmen muß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ... habe ich mich wegen der Medikamente schlecht gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ... habe ich meine Medikamente weggelassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ... hätte ich gern mehr Kontakt zu anderen Kindern gehabt, die auch Epilepsie haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



8. Zum Schluss etwas über die Behandlung und die Ärzte

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer
1. ... hätte ich gern einen erfahrenen Arzt/Ärztin um Rat gefragt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... fiel es mir schwer, das zu tun, was mein Arzt/Ärztin für richtig hält	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... fand ich, dass sich mein Arzt/Ärztin zu wenig für mich interessiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... kam ich mit den Ärzten klar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... fühlte ich mich genug über meine Krankheit informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank!

