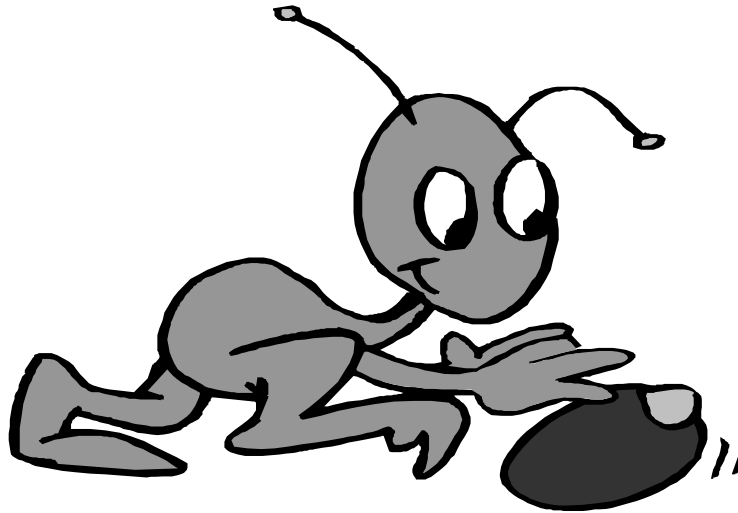


Fragebogen für Kinder und Jugendliche




Hallo! Wir möchten gerne wissen, wie es Dir zurzeit geht. Dazu haben wir uns einige Fragen ausgedacht und bitten Dich um Deine Antwort.

Der Fragebogen ist für Kinder und Jugendliche gemacht, die zurzeit erkrankt sind.

- ⇒ Lies bitte jede Frage durch,
- ⇒ überlege, wie es in der letzten Woche war,
- ⇒ kreuze die Antwort an, die am besten zu Dir paßt.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Wichtig ist uns Deine Meinung.

Ein Beispiel: 	nie	selten	manchmal	oft	Immer
In der letzten Woche habe ich gerne Musik gehört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich habe den Bogen ausgefüllt am:

Dein Vorname:

Tag/Monat/Jahr

Bitte sage uns zunächst etwas zu Dir. Bitte ankreuzen oder eintragen!



Ich bin ein Mädchen Junge Ich bin _____ Jahre alt

Wie viele Geschwister hast Du? 0 1 2 3 4 5 über 5

Welche Schule besuchst Du? Grundschule Hauptschule Realschule
 Gesamtschule Gymnasium Sonderschule

Ich bin in der _____ Klasse in Ausbildung

Zuerst möchten wir etwas über Deinen Körper wissen ...

In der letzten Woche ...	nie	selten	manchmal	oft	immer	Das hat mich gestört oder belastet.		
						gar nicht	mittel	Sehr
1. ... konnte ich nicht aufstehen und habe die meiste Zeit im Bett gelegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... hatte ich keinen Appetit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... war mir übel, mußte ich erbrechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... hatte ich eine Infektion (kaputter Mund, Magen-Darm-Probleme, Durchfall, Hautprobleme).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

... dann etwas darüber, wie Du Dich fühlst ...

In der letzten Woche ...	nie	selten	manchmal	oft	immer
5. ... wollte ich niemanden sehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... hatte ich wegen des bevorstehenden Krankenhaus/ Ambulanztermins schlechte Laune.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... hatte ich wegen meiner Krankheit schlechte Laune.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... habe ich darüber nachgedacht, wie es mit meiner Krankheit weitergehen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





... jetzt geht es um Freunde.

In der letzten Woche ...	nie	selten	manchmal	oft	immer
9. ... habe ich regelmäßig Kontakt zu Schulkameraden gehabt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ... haben meine Freunde mich besucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ... haben meine Freunde mir viel geholfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Nun möchten wir noch etwas über die Schule wissen. Diese Frage ist für alle, die zur Zeit zur Schule gehen (auch Berufsschule) oder Hausunterricht haben.

In der letzten Woche ...	nie	selten	manchmal	oft	immer
12. ... bin ich zur Schule gegangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ... war ich „fit“ genug, um in der Schule beim Sport mitzumachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Jetzt haben wir noch einige Fragen zu Deiner Behandlung (wie sie vielleicht auch bei Dir gemacht wurde).

Bitte denke wieder an die letzte Woche

In der letzten Woche ...	wenn ja:				Das hat mich gestört oder belastet		
	selten	manchmal	oft	immer	gar nicht	mittel	sehr
14. ... wurde ich ärztlich untersucht (Abhören, Bauchdrücken, Anfassen). nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ... war ich im Krankenhaus. nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ... hatte ich Chemotherapie. nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In der letzten Woche ...	wenn ja:				Das hat mich gestört oder belastet		
	selten	manchmal	oft	immer	gar nicht	mittel	sehr
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ... mußte ich Mundpflege betreiben. nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ... wurden mir Pflaster abgenommen. nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ... hatte ich einen Fingerpieks. nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ... wurde ich punktiert. nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ... mußte mein Brovi/ mein Port gepflegt werden. nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ... habe ich Schmerzmittel / Morphine bekommen. nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ... habe ich Ernährungsinfusionen erhalten nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ... wurde ich bestrahlt. nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In der letzten Woche war ich _____ Tage im Krankenhaus.

In der letzten Woche war ich _____ mal in der Ambulanz.

Bitte leserlich schreiben

Willst Du uns noch etwas sagen, was für Dich wichtig ist?

- _____
- _____

