

7. Nun möchten wir noch etwas mehr über deine Behinderung wissen. Bei der Beantwortung der Fragen denke bitte an die letzte Zeit. Versuche auch hier besonders an die letzte Woche zu denken!



<i>In der letzten Zeit ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer
1. ... war ich bei Mitschülern oder Freunden eingeladen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... hatte ich das Gefühl, daß die anderen mich wegen meiner Behinderung nicht so gern mögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... war ich mit meinem Aussehen zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... brauchte ich viel Hilfe von anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... hat es mich gestört, wenn andere mir helfen müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... hatte ich Lust zur Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... gab es wegen meiner Behinderung Ärger zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... habe ich mich geärgert, weil ich nicht so gut laufen kann wie andere Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ... hatte ich Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ... wurde ich wegen meines Rollstuhles, meiner Schienen, Stützen oder Schuhe geärgert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ... wurde ich wegen meiner Behinderung anders behandelt als meine Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ... habe ich mich wegen meiner Behinderung geschämt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ... haben mir meine Eltern wegen meiner Behinderung Dinge verboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ... fühlte ich mich von meinen Eltern überfordert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ... war ich wegen meiner Behinderung mit mir selber unzufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>In der letzten Zeit ...</i>	nie	selten	manch- mal	oft	immer
16. ... waren meine Eltern wegen meiner Behinderung besonders lieb zu mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ... wurde ich wegen meiner Behinderung ausgeschlossen, wenn andere etwas zusammen machten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ... machte ich mir Sorgen, wegen meiner Behinderung später keinen Beruf zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ... machte ich mir Sorgen, daß ich wegen der Behinderung keinen festen Freund/Freundin finden werde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ... fühlte ich mich wegen meiner Behinderung von anderen abhängig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ... habe ich meinen Eltern verheimlicht, wie ich mich fühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ... konnte ich wegen meiner Behinderung zuhause viel bestimmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ... konnte ich dasselbe tun wie andere Kinder, die keine Behinderung haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ... konnte ich wegen meiner Behinderung in der Schule schlecht aufpassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ... hat es mich gestört, daß ich Medikamente nehmen muß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ... habe ich mich wegen der Medikamente schlecht gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ... habe ich meine Medikamente weggelassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ... haben mich Stützen, Schienen, Schuhe oder der Rollstuhl genervt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ... hätte ich gern mehr Kontakt zu anderen Kindern gehabt, die auch diese Behinderung haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich trage eine Windel ja nein

<i>In der letzten Zeit ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer
30. ... hatte ich Angst, wegen meiner Windel aufzufallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ... hatte ich Angst, daß meine Windel riecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich werde katheterisiert ja nein

<i>In der letzten Zeit ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer
32. ... fand ich das Katheterisieren unangenehm	<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 Zeit ...</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 '

