



ich komme in die Schule



UNIVERSITÄTSmedizin.

MAINZ

Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI)

Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Maria Blettner
Direktorin

Abteilung für Pädiatrische Epidemiologie
Univ.-Prof. Dr. med. Michael S. Urschitz, EU-M.Sc.
Abteilungsleiter

In Kooperation mit:

Studienkoordination ikidS-Waldorf

IPSUM - Außenstelle Oberursel

Dr. med. Martina Franziska Schmidt

Adenauerallee 19

D-61440 Oberursel

(Tel: Mo.15-18 Uhr, Do. 9-13 Uhr, Fr. 9-12 Uhr)

Telefon: +49 (0)6171 887 2777

Telefax: +49 (0)6171 883 877

E-Mail: ikids-waldorf@t-online.de



Institut für Pädagogik
Sinnes- und Medienökologie

Einschulung und Gesundheit - Forschung für Kinder

ikidS Waldorf (ich komme in die Schule)

Eltern-Fragebogen Nr. 2



Liebe Eltern,

Sie benötigen etwa 20 bis 30 Minuten für die Beantwortung der Fragen.

Bitte lassen Sie sich von unbekanntem medizinischen Ausdrücken nicht verunsichern. Falls Ihr Kind diese Krankheit nicht hat/hatte, müssen Sie diese Bezeichnungen nicht kennen.

Einige Fragen erscheinen Ihnen eventuell für Ihr Kind nicht zutreffend. Kreuzen Sie bitte die Antwort an, die am ehesten für Ihr Kind zutrifft, und setzen Sie keine Kreuze zwischen die Kästchen. Sie können auch einzelne Fragen auslassen, die Sie nicht beantworten möchten oder können.

Sollten Sie eine Antwort korrigieren wollen, so streichen Sie diese durch, kreuzen die korrekte Antwort an und machen Sie zusätzlich einen Kreis um die neue Antwort.

1. Dieser Fragebogen wird ausgefüllt am:

___ / ___ / ___
Tag Monat Jahr

2. Wer beantwortet diesen Fragebogen? (Mehrfachnennung möglich)

Mutter/Sorgeberechtigte Großmutter..... Pflegemutter.... Geschwister des Kindes.....

Vater/Sorgeberechtigter..... Großvater Pflegevater..... Andere Person.....

Andere Person, nämlich: _____

A: Fragen zur Schule Ihres Kindes

1. Wurde Ihr Kind in diesem Schuljahr (2017) eingeschult? (einschließlich Vorklasse, Eingangsstufe oder anderes Übergangsmodell)

Nein... Ja... Falls **ja**, weiter mit **Frage 2!**

Falls **nein**, warum wurde es nicht eingeschult?

Falls nein, ist die Befragung heute für Sie beendet.

2. Welche Schule bzw. Einrichtung besucht Ihr Kind aktuell?

Name der Schule: _____

Name des Ortes: _____

3. Besucht Ihr Kind aktuell die 1. Klasse?

Nein... Ja... Falls **ja**, weiter mit **Frage 4!**

Falls **nein**, welche Klasse besucht Ihr Kind?

Falls nein, ist die Befragung heute für Sie beendet.

4. Hat Ihr Kind in seiner Klasse mindestens eine/n Freund/in aus der Zeit vor der Einschulung?

Nein... Ja... Weiß nicht...

5. Wurde in der Schule ein Förderplan für Ihr Kind erstellt?

Nein... Ja... Weiß nicht...

6. Erhält Ihr Kind aktuell folgende Fördermaßnahmen in der Schule?

(Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)

	Nein	Ja	Weiß nicht
Förderunterricht im Lesen, Schreiben oder Rechnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonderpädagogische Förderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integrationshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förderturnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lese- und Lernpatenschaften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heileurythmie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wo verbringt Ihr Kind seine Zeit nach dem Unterricht? Denken Sie bitte an eine typische Woche seit der Einschulung. (Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)

	Nie	1 Mal/Woche	Mehr als 1 Mal/Woche
Betreuung in Ganztagschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung im Hort oder Ähnlichem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung durch Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung durch Großeltern oder andere Verwandte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung durch Tagesmutter/-vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung durch Au-Pair oder Babysitter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung durch Bekannte oder Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Betreuung, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B: Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes

1. Welche der folgenden Infektionskrankheiten hatte Ihr Kind seit der Einschulung und wie oft? (Falls Ihr Kind keine dieser Krankheiten hatte, tragen Sie bitte jeweils eine 0 ein)

Erkältung, grippaler Infekt	_____	Mal
Mandelentzündung (Angina)	_____	Mal
Herpes-Infektion: Bläschen an Lippen und/oder Nase	_____	Mal
Pseudokrapp-Anfall	_____	Mal
Mittelohrentzündung (Otitis media)	_____	Mal
Durchfallerkrankung, Magen-Darm-Infektion	_____	Mal
Lungenentzündung	_____	Mal
Spastische Bronchitis	_____	Mal
Andere, welche?	_____	Mal

Wie oft hatte Ihr Kind bei diesen Krankheiten ...

... Fieber?	_____	Mal
... Fieberkrämpfe?	_____	Mal



2. Hat Ihr Kind zurzeit folgende von einem Arzt diagnostizierte chronische Krankheiten?

(Bitte setzen Sie ein Kreuz bei jeder Erkrankung)

	Nein	Ja		Nein	Ja
Allergische Hautausschläge.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wirbelsäulenleiden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittelallergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krampfleiden (Epilepsie).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor-/Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Bronchitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autismus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADHS).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergrößerte Polypen (Adenoide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergrößerte Mandeln (Tonsillen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Harnwegsinfekte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Hat Ihr Kind eine chronische Krankheit, die bisher nicht genannt wurde?

3. Hat Ihr Kind zurzeit folgende gesundheitliche Beeinträchtigungen?

(Bitte setzen Sie ein Kreuz bei jeder Beeinträchtigung)

	Nein	Ja		Nein	Ja
Sehstörung/Fehlsichtigkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einkoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörstörung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachauffälligkeiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aggressivität.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklungsverzögerung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motorische Unruhe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsstörung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlafstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Regelmäßiges Schnarchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Untergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mundatmung/Behinderte Nasenatmung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnässen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausgeprägte Tagesmüdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hat Ihr Kind eine andere Beeinträchtigung, die bisher nicht genannt wurde?



4. Hatte Ihr Kind seit der Einschulung ... (Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)

	Nein	Ja	Weiß nicht
... beim Atmen pfeifende oder keuchende Geräusche im Brustkorb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... nachts einen trockenen Reizhusten, obwohl es keine Erkältung oder Bronchitis hatte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Niesanfälle oder eine laufende, verstopfte oder juckende Nase, obwohl es nicht erkältet war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... einen juckenden Hautausschlag, der stärker oder schwächer über mindestens 6 Monate auftrat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Hatte sich Ihr Kind seit der Einschulung durch einen Unfall verletzt und musste deshalb ärztlich behandelt werden?

Nein ... Ja ...

Falls ja, wie oft hatte Ihr Kind seit der Einschulung einen Unfall? _____ Mal

6. Wie oft fehlte Ihr Kind seit der Einschulung krankheitsbedingt in der Schule?

(Versuchen Sie die Anzahl der Tage aus Ihrer Erinnerung zu schätzen. Falls Ihr Kind keinen Tag gefehlt hat, tragen Sie bitte eine 0 ein.)

_____ Fehltage

7. Hatte Ihr Kind seit der Einschulung folgende Auffälligkeiten?

(Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)

	Nein	Ja, einmalig	Ja, wiederholt
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wie häufig neigte Ihr Kind seit der Einschulung zu folgenden Auffälligkeiten?

(Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)

	Nie	Etwa 1-3Mal pro Monat	Etwa 1-2Mal pro Woche	Etwa 3-7Mal pro Woche	Mehrmals täglich
Mein Kind wurde leicht blass	<input type="checkbox"/>				
Mein Kind bekam leicht kalte Hände	<input type="checkbox"/>				

9. Wie schätzen Sie aktuell den Appetit Ihres Kindes ein?

- Mein Kind isst gut und muss nicht zum Essen ermuntert werden
- Mein Kind isst sehr schlecht und muss häufig zum Essen ermuntert werden
- Mein Kind isst sehr viel und muss häufig im Essen gebremst werden

C: Wohlbefinden und gesundheitsbezogene Lebensqualität Ihres Kindes

Bitte überlegen Sie, wie sich Ihr Kind in der letzten Woche gefühlt hat.

Kreuzen Sie in jeder Zeile die Antwort an, die für Ihr Kind am besten zutrifft.

1. Körperliches Wohlbefinden

In der letzten Woche ...

- | | nie | selten | manchmal | oft | immer |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. ... hat mein Kind sich krank gefühlt | <input type="checkbox"/> |
| b. ... hatte mein Kind Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> |
| c. ... war mein Kind müde und schlapp | <input type="checkbox"/> |
| d. ... hatte mein Kind viel Kraft und Ausdauer | <input type="checkbox"/> |

2. Seelisches Wohlbefinden

In der letzten Woche ...

- | | nie | selten | manchmal | oft | immer |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. ... hat mein Kind viel gelacht und Spaß gehabt | <input type="checkbox"/> |
| b. ... hatte mein Kind zu nichts Lust | <input type="checkbox"/> |
| c. ... hat mein Kind sich allein gefühlt | <input type="checkbox"/> |
| d. ... hat mein Kind sich ängstlich oder unsicher gefühlt | <input type="checkbox"/> |

3. Selbstwert

In der letzten Woche ...

- | | nie | selten | manchmal | oft | immer |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. ... war mein Kind stolz auf sich | <input type="checkbox"/> |
| b. ... fühlte mein Kind sich wohl in seiner Haut | <input type="checkbox"/> |
| c. ... mochte mein Kind sich selbst leiden | <input type="checkbox"/> |
| d. ... hatte mein Kind viele gute Ideen | <input type="checkbox"/> |

4. Familie

In der letzten Woche ...

- | | nie | selten | manchmal | oft | immer |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. ... hat mein Kind sich gut mit uns als Eltern verstanden | <input type="checkbox"/> |
| b. ... hat mein Kind sich zu Hause wohl gefühlt | <input type="checkbox"/> |
| c. ... hatten wir schlimmen Streit zu Hause | <input type="checkbox"/> |
| d. ... fühlte mein Kind sich durch mich bevormundet | <input type="checkbox"/> |

5. Freunde

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer
a. ... hat mein Kind etwas mit Freunden zusammen gemacht	<input type="checkbox"/>				
b. ... ist mein Kind bei anderen „gut angekommen“	<input type="checkbox"/>				
c. ... hat mein Kind sich gut mit seinen Freunden verstanden	<input type="checkbox"/>				
d. ... hatte mein Kind das Gefühl, dass es anders ist als die anderen	<input type="checkbox"/>				

6. Schule

<i>In der letzten Woche, in der mein Kind in der Schule war ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer
a. ... hat mein Kind die Aufgaben in der Schule gut geschafft	<input type="checkbox"/>				
b. ... hat meinem Kind der Unterricht Spaß gemacht	<input type="checkbox"/>				
c. ... hat mein Kind sich Sorgen um seine Zukunft gemacht	<input type="checkbox"/>				
d. ... hatte mein Kind Angst vor einer schlechten Beurteilung	<input type="checkbox"/>				

7. Weitere Fragen zum Wohlbefinden

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer
a. ... war mein Kind fröhlich und gut gelaunt	<input type="checkbox"/>				
b. ... hat mein Kind sich körperlich gerne bewegt	<input type="checkbox"/>				
c. ... konnte mein Kind sich gut auf neue Situationen einstellen ...	<input type="checkbox"/>				
d. ... hatte mein Kind Schwierigkeiten mit Lehrern/Betreuern	<input type="checkbox"/>				
e. ... war mein Kind passiv, konnte wenig Initiative ergreifen	<input type="checkbox"/>				
f. ... hat mein Kind Konflikte mit anderen vermieden	<input type="checkbox"/>				
g. ... konnte mein Kind sich gegenüber anderen behaupten	<input type="checkbox"/>				
h. ... hat mein Kind wenig spontan bzw. zurückhaltend reagiert	<input type="checkbox"/>				
i. ... war mein Kind erschöpft	<input type="checkbox"/>				
j. ... war der Gang meines Kindes schwerfällig	<input type="checkbox"/>				
k. ... hat sich mein Kind nach Belastungen oder Anstrengungen gut erholen können	<input type="checkbox"/>				
l. ... haben die Mahlzeiten mein Kind belastet	<input type="checkbox"/>				
m. ... war mein Kind angestrengt	<input type="checkbox"/>				
n. ... war mein Kind desinteressiert oder teilnahmslos	<input type="checkbox"/>				
o. ... war mein Kind schlecht gelaunt und quengelig	<input type="checkbox"/>				

D: Stärken und Schwächen Ihres Kindes

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt „Nicht zutreffend“, „Teilweise zutreffend“ oder „Eindeutig zutreffend“. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes seit der Einschulung.

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
1. Unruhig, überaktiv, kann nicht lange still sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Einzelgänger; spielt meist allein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Denkt nach, bevor er/sie handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E: Schlafgewohnheiten Ihres Kindes

1. Macht Ihr Kind zurzeit noch regelmäßig (d.h. an mindestens 4 von 7 Tagen) einen Mittagsschlaf?

Ja... Nein... Weiß nicht...

Falls ja, wie lange schläft es dabei im Durchschnitt? _____ Minuten

Falls nein, bis zu welchem Alter machte Ihr Kind regelmäßig (d. h. an mindestens 4 von 7 Tagen) einen Mittagsschlaf? Bis ___ Jahre ___ Monate Weiß nicht...

Falls nein, macht es noch gelegentlich (d. h. an 1-3 von 7 Tagen) einen Mittagsschlaf? Nein... Ja... Weiß nicht...

Falls nein, ruht es sich zurzeit mittags regelmäßig (d.h. an mindestens 4 von 7 Tagen) aus ohne zu schlafen? Nein... Ja... Weiß nicht...

2. Zu welcher Uhrzeit ...

... geht Ihr Kind an Wochentagen gewöhnlich zu Bett? _____ Uhr (hh:mm)

... steht Ihr Kind an Wochentagen gewöhnlich morgens auf? _____ Uhr (hh:mm)

... geht Ihr Kind am Wochenende oder in den Ferien gewöhnlich zu Bett? _____ Uhr (hh:mm)

... steht Ihr Kind am Wochenende oder in den Ferien gewöhnlich morgens auf? ... _____ Uhr (hh:mm)

Die folgenden Aussagen betreffen die Schlafgewohnheiten Ihres Kindes und mögliche Schwierigkeiten mit dem Schlaf. Denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an die vergangene Woche im Leben Ihres Kindes. Wenn die letzte Woche aus irgendeinem Grund keine typische Woche für das Schlafverhalten Ihres Kindes darstellt (z. B. weil Ihr Kind krank war und deshalb besonders schlecht geschlafen hat oder weil es außergewöhnlich gut geschlafen hat), wählen Sie stattdessen bitte eine vergangene, typische Woche aus dem Leben Ihres Kindes.

Antworten Sie mit **GEWÖHNLICH**, wenn eine Aussage **5 Mal oder öfter** pro Woche zutrifft; antworten Sie mit **MANCHMAL**, wenn eine Aussage **2-4 Mal** pro Woche zutrifft; antworten Sie mit **SELTEN**, wenn eine Aussage **nie oder 1 Mal** pro Woche zutrifft.

3. Schlafenszeit

	Gewöhnlich			Manchmal			Selten		
	5-7 Mal/Woche			2-4 Mal/Woche			0-1 Mal/Woche		
1. Das Kind geht jeden Abend zur gleichen Zeit ins Bett	<input type="checkbox"/>								
2. Das Kind schläft nach dem Zubettgehen innerhalb von 20 Minuten ein	<input type="checkbox"/>								
3. Das Kind schläft alleine im eigenen Bett ein	<input type="checkbox"/>								
4. Das Kind schläft im Bett der Eltern/der Geschwister ein	<input type="checkbox"/>								
5. Das Kind schläft mit schaukelnden/rhythmischen Bewegungen ein	<input type="checkbox"/>								
6. Das Kind benötigt ein bestimmtes Objekt, um einzuschlafen (Puppe, spezielle Decke, etc.)	<input type="checkbox"/>								
7. Das Kind braucht Mutter/Vater im Zimmer, um einzuschlafen	<input type="checkbox"/>								
8. Das Kind ist zur Schlafenszeit bettfertig	<input type="checkbox"/>								
9. Das Kind sträubt sich zur Schlafenszeit ins Bett zu gehen	<input type="checkbox"/>								
10. Das Kind kämpft beim Zubettgehen (weint, weigert sich im Bett zu bleiben, etc.)	<input type="checkbox"/>								
11. Das Kind hat Angst im Dunkeln zu schlafen	<input type="checkbox"/>								
12. Das Kind hat Angst alleine zu schlafen	<input type="checkbox"/>								

4. Schlafverhalten

	Gewöhnlich			Manchmal			Selten		
	5-7 Mal/Woche			2-4 Mal/Woche			0-1 Mal/Woche		
1. Das Kind schläft zu wenig	<input type="checkbox"/>								
2. Das Kind schläft zu viel	<input type="checkbox"/>								
3. Die Schlafdauer des Kindes ist genau richtig	<input type="checkbox"/>								
4. Das Kind schläft jeden Tag ungefähr gleich viel	<input type="checkbox"/>								
5. Das Kind nässt nachts ein	<input type="checkbox"/>								
6. Das Kind redet während des Schlafes	<input type="checkbox"/>								
7. Das Kind ist ruhelos und bewegt sich oft während des Schlafes	<input type="checkbox"/>								
8. Das Kind schlafwandelt während der Nacht	<input type="checkbox"/>								
9. Das Kind wechselt nachts in das Bett eines anderen (Eltern, Geschwister etc.)	<input type="checkbox"/>								
10. Das Kind berichtet von Schmerzen während des Schlafes	<input type="checkbox"/>								
Wenn ja, wo?									
11. Das Kind knirscht mit den Zähnen während des Schlafes	<input type="checkbox"/>								
12. Das Kind schnarcht laut	<input type="checkbox"/>								
13. Das Kind scheint während des Schlafes Atemaussetzer zu haben	<input type="checkbox"/>								
14. Das Kind schnappt nach Luft oder atmet laut während des Schlafes	<input type="checkbox"/>								

	Gewöhnlich 5-7 Mal/Woche	Manchmal 2-4 Mal/Woche	Selten 0-1 Mal/Woche
15. Das Kind hat Schwierigkeiten bei anderen zu schlafen (Besuch bei Verwandten, Ferien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Das Kind klagt über Schlafprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Das Kind wacht nachts schreiend und schwitzend auf und kann nicht/nur schwer beruhigt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Das Kind wacht durch einen beängstigenden Traum auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Nächtliches Erwachen

	Gewöhnlich 5-7 Mal/Woche	Manchmal 2-4 Mal/Woche	Selten 0-1 Mal/Woche
1. Das Kind wacht einmal während der Nacht auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Das Kind wacht mehr als einmal während der Nacht auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Das Kind schläft nach dem Aufwachen ohne elterliche Unterstützung wieder ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notieren Sie hier die Minuten, die ein nächtliches Erwachen gewöhnlich dauert: _____ Minuten

6. Morgendliches Erwachen

	Gewöhnlich 5-7 Mal/Woche	Manchmal 2-4 Mal/Woche	Selten 0-1 Mal/Woche
1. Das Kind wacht von alleine auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Das Kind wacht durch einen Wecker auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Das Kind wacht mit schlechter Laune auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Erwachsene oder die Geschwister wecken das Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Das Kind hat Schwierigkeiten morgens aus dem Bett zu kommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Das Kind braucht lange, um morgens munter zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Das Kind wacht sehr früh am Morgen auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Das Kind hat morgens einen guten Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Tagesmüdigkeit

	Gewöhnlich 5-7 Mal/Woche	Manchmal 2-4 Mal/Woche	Selten 0-1 Mal/Woche
1. Das Kind macht während des Tages ein/mehrere Schläfchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Das Kind schläft plötzlich inmitten einer Tätigkeit (z.B. Spielen, Hausaufgaben) ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Das Kind erscheint müde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wirkte Ihr Kind während der letzten Woche bei einer der folgenden Aktivitäten sehr schläfrig oder ist es eingeschlafen? Markieren Sie alles Zutreffende:			
	Nicht schläfrig	Sehr schläfrig	Schläft ein
Alleine spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autofahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mahlzeiten essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F: Demografische Angaben

Für die Feststellung der Repräsentativität unserer Untersuchung benötigen wir auch noch einige demografische Angaben zu Ihrer Familie. Diese Angaben unterliegen selbstverständlich auch dem Datenschutz, werden nicht an Dritte weitergegeben und ausschließlich im Rahmen von ikidS ausgewertet.

1. In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit hauptsächlich beschäftigt?

Wenn Sie zur Zeit nicht berufstätig sind, nennen Sie bitte die berufliche Stellung, die Sie zuletzt innehatten.
Bitte für beide Elternteile/Sorgeberechtigte angeben!

	Mutter	Vater
Arbeiter/Arbeiterin		
Ungelernte/r Arbeiter/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angelernte/r Arbeiter/in (teilqualifiziert)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelernte/r Arbeiter/in und Facharbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorarbeiter/in, Kolonnenführer/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meister/in, Polier/in, Brigadier/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbständige/Selbständiger		
Selbständige/r Landwirt/in bzw. Genossenschaftsbauer/-bäuerin...		
... mit einer landwirtschaftlich genutzten Fläche bis unter 10 ha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit einer landwirtschaftlich genutzten Fläche von 10 und mehr ha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akademiker/in im freien Beruf (Arzt/Ärztin, Rechtsanwalt/-anwältin, Steuerberater/-in u.ä. und habe/hatte...		
... keine weiteren Mitarbeiter/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... 1 - 4 Mitarbeiter/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... 5 -und mehr Mitarbeiter/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Selbständige, auch Ich-AG und habe/hatte...		
... keine weiteren Mitarbeiter/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... 1 - 4 Mitarbeiter/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... 5 und mehr Mitarbeiter/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angestellte/Angestellter...		
... mit ausführender Tätigkeit nach allg. Anweisung (z.B. Kassierer/in, Verkäufer/in, Datentypist/in, Pförtner/in o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit qualifizierter Tätigkeit, die Sie nach Anweisung erledigen (z.B. Sachbearbeiter/in, Buchhalter/in technische/r Zeichner/in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit eigenständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit bzw. mit Fachverantwortung für Personal (z.B. wiss. Mitarbeiter/in, Prokurist/in, Abteilungsleiter/in, Meister/in im Angestelltenverhältnis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit umfassender Führungstätigkeit und Entscheidungsbefugnissen (z.B. Direktor/in, Geschäftsführer/in, Vorstand)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beamter/Beamtin, Richter/in, Berufssoldat/in...		
im einfachen Dienst (bis einschließlich Oberamtsmeister/in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im mittleren Dienst (von Assistent/in bis Hauptsekretär/in, Amtsinspektor/in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im gehobenen Dienst (von Inspektor/in bis einschl. Oberamtsrat/-rätin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im höheren Dienst, Richter/in, Professor/in u. a. (von Rat/Rätin aufwärts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mithelfende/r Familienangehörige/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges (z. B. Auszubildende/r, Lehrling, Schüler/in, Student/in, Praktikant/in, Hausfrau/Hausmann)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. In welchem Umfang sind Sie derzeit beruflich tätig? (Bitte für beide Elternteile angeben!)

	Mutter	Vater
Nicht berufstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilweise berufstätig (z.B. Teilzeittätigkeit oder stundenweise Tätigkeit).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voll berufstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G: Abschließende Fragen**1. Gab es für Ihr Kind seit der Einschulung wichtige familiäre Ereignisse?**

(z. B. schwere Erkrankung oder Tod einer Bezugsperson)

2. Fühlt sich Ihr Kind durch Fluglärm belastet?Nein... Ja...

Falls ja, inwiefern? _____

3. Falls Sie in den nächsten Monaten umziehen werden, geben Sie uns bitte Ihre neue Adresse bekannt:

Strasse _____

PLZ _____

Wohnort _____

Adressänderung ab wann? _____

4. Falls eine Namensänderung Ihres Kindes geplant ist, nennen Sie uns bitte den neuen Namen:

(z.B. Heirat der Eltern, Adoption)

Bisheriger Name _____

Neuer Name _____

5. Falls Sie uns noch etwas mitteilen möchten:

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beigefügten Umschlag, verkleben Sie diesen und senden ihn portofrei an uns zurück.

Mit herzlichen Grüßen
Ihr ikidS-Team