



ich komme in die Schule



UNIVERSITÄTSmedizin.
MAINZ

Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie
und Informatik (IMBEI)

Einschulung und Gesundheit - Forschung für Kinder

OEVA (Onkologische Erkrankung im Vorschulalter)



Eltern-Fragebogen Nr. 1

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/en 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.

Onkologische Erkrankung im Vorschulalter und der Übergang in die Schule Einwilligungserklärung zum Projekt ikidS-OEVA

Erläuterungen zum Datenschutz

Wir möchten Sie gemäß den gesetzlichen Bestimmungen über Ihre Rechte und unser Datenschutzkonzept informieren. Bei der Beantwortung der Fragebögen haben Sie die Möglichkeit einzelne Fragen unbeantwortet zu lassen. Zur Durchführung des Projekts ikidS-OEVA nutzt das Deutsche Kinderkrebsregister am Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) der Universitätsmedizin Mainz die dort von Ihnen vorliegenden personenbezogenen Daten (d.h. Name, Geburtsdatum, Adresse) Ihres Kindes damit die Daten des Kinderkrebsregisters mit den Eltern- und Lehrerfragebögen zusammengeführt werden können. Die Gesundheitsdaten der Fragebögen werden nur in pseudonymisierter Form (d.h. durch eine fortlaufende Nummerierung kodiert und ohne Nennung von Name, Geburtsdatum und Adresse) an die Abteilung für Pädiatrische Epidemiologie des IMBEI zur Dateneingabe und Speicherung weitergegeben. Diese pseudonymisierten Gesundheitsdaten werden getrennt von den personenbezogenen Daten auf unterschiedlichen Servern des IMBEI gespeichert. Eine Zuordnung der Gesundheitsdaten zu einzelnen Patienten ist somit nur für das Deutsche Kinderkrebsregister möglich. Für die statistische Auswertung wird die fortlaufende Nummerierung gelöscht. Danach sind keinerlei Rückschlüsse mehr auf die Identität der Patienten möglich. Die Publikation von Ergebnissen erfolgt ausschließlich in anonymer Form, d.h. Daten können einzelnen Patienten nicht zugeordnet werden. Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren werden die im Rahmen der Studie erhobenen Daten vollständig anonymisiert und die Fragebögen nach Vorgaben des Datenschutzes vernichtet.

Wir wurden über Ziele, Ablauf, Dauer und Nutzen von ikidS-OEVA durch eine Elterninformation aufgeklärt und willigen ein, dass unser Kind an dem Projekt teilnimmt. Wir hatten ausreichend Zeit, die Teilnahme zu bedenken. Wir hatten auch die Möglichkeit der Projektleitung Fragen zur Durchführung des Projekts zu stellen. Wir haben derzeit keine weiteren Fragen.

Wir sind darüber informiert, dass die Teilnahme an ikidS-OEVA freiwillig ist, dass uns durch eine Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen werden und dass wir jederzeit, formlos, mündlich oder schriftlich, ohne Angabe von Gründen und ohne jegliche Nachteile für uns oder unser Kind die Teilnahme abbrechen und unsere Einwilligung widerrufen können. In diesem Fall sollen die personenbezogenen Daten gelöscht werden. Die studienbedingt erhobenen Daten können in anonymisierter Form (d.h. der Personenbezug kann nicht mehr hergestellt werden) weiter genutzt werden.

Wir willigen ein, dass das Deutsche Kinderkrebsregister am IMBEI die Gesundheitsdaten unseres Kindes in pseudonymisierter Form (d.h. durch eine fortlaufende Nummerierung kodiert und ohne Nennung von Name, Geburtsdatum und Adresse) an die Abteilung für Pädiatrische Epidemiologie am IMBEI zur Eingabe, Speicherung und Auswertung weitergeben darf.

Wir haben verstanden und willigen ein, dass die im Fragebogen ausgefüllten Gesundheitsdaten unseres Kindes sowie durch die Befragung der Klassenlehrkraft erhobenen Daten auf Datenträgern nur in pseudonymisierter Form eingegeben, gespeichert und ausgewertet werden.

Uns ist bekannt, dass sichergestellt ist, dass eine völlige Anonymität bei der Veröffentlichung bzw. Bekanntgabe der Auswertung der Befragung gewährleistet ist, es werden keine personenbezogenen Daten an Dritte weitergegeben.

Uns ist bekannt, dass wir jederzeit in die Unterlagen unseres Kindes beim Leiter von ikidS-OEVA einsehen dürfen. Ein Exemplar der Elterninformation zum Projekt ikidS-OEVA und der Einwilligungserklärung haben wir erhalten.

Wir möchten eine Einschätzung der von uns in den Elternfragebögen beschriebenen schulrelevanten gesundheitlichen Veränderungen unseres Kindes während der Einschulungsphase erhalten:

Nein ... Ja ...

Wir möchten über die Ergebnisse zum Schulerfolg unseres Kindes informiert werden:

Nein ... Ja ...

Vorname und Name des Kindes

Geburtsdatum

Datum

Unterschrift der Mutter*

Unterschrift des Vaters*

* Die Einwilligungserklärung ist von beiden Sorgeberechtigten zu unterschreiben. Unterschreibt ein Sorgeberechtigter alleine, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht.

Dieser Fragebogen wird ausgefüllt am:

____ / ____ / ____
Tag Monat Jahr

Wer beantwortet diesen Fragebogen? (Mehrfachnennung möglich)

- Mutter/Sorgeberechtigte Großmutter..... Pflegemutter... Geschwister des Kindes.....
 Vater/Sorgeberechtigter..... Großvater Pflegevater.....
 Andere Person, nämlich _____

A: Kindergarten und Schule

1. Ihr Kind besucht zurzeit...

- Kindergarten/Kindertagesstätte Förderkindergarten
 Tagespflege Schulkindergarten
 Es ist dort in: Halbtagsbetreuung Ganztagsbetreuung
 Alter des Kindes zu Beginn der ersten Betreuung außerhalb der Familie: _____ Jahre _____ Monate
 Das Kind besucht seit _____ Jahren die jetzige Einrichtung
 Mein Kind besucht zurzeit keine Einrichtung
 Hat ihr Kind an einem Vorschulprogramm (z. B. KiTa, Klinik...) teilgenommen? Ja ... Nein ...

2. Wurde bei Ihrem Kind eine Schuleingangsuntersuchung (SEU) bzw. Einschulungsuntersuchung (ESU) durchgeführt?

- Ja ... Nein ... Weiß nicht ... *Falls Nein oder Weiß nicht, weiter mit Frage 5*
 a. Wann wurde diese Untersuchung durchgeführt? Monat _____ Jahr _____
 b. Wo wurde die Untersuchung durchgeführt?
 Im Gesundheitsamt ... Im Kindergarten ... In der Schule ...
 c. Wer hat die Untersuchung durchgeführt?
 Schularzt/Amtsarzt ... Anderer Untersucher ... nämlich _____
 d. Wurde ein Sehtest durchgeführt? Nein ... Ja ... Weiß nicht ...
 e. Wurde ein Hörtest durchgeführt? Nein ... Ja ... Weiß nicht ...
 f. Wurde Ihr Kind als schulreif eingestuft? Nein ... Ja ... Weiß nicht ...
 g...Haben Sie eine Empfehlung für weitergehende Diagnostik oder Förderung erhalten?
 Nein ... Ja ... Falls ja, welche? _____

3. Wurde bei Ihrem Kind sonderpädagogischer Förderbedarf überprüft?

- Nein ... Ja ... Weiß nicht ...
 Falls ja, wurde Förderbedarf festgestellt?
 Nein ... Ja ... Weiß nicht ...

4. Schätzen Sie selbst Ihr Kind als schulreif ein?

Nein ... Ja ...

5. Wird Ihr Kind in diesem Jahr (Herbst 2016) eingeschult? (einschließlich Vorklasse, Eingangsstufe oder anderes Übergangsmodell)

Nein ... Ja ... Wir wissen es noch nicht

Falls nein, warum wird es nicht eingeschult? _____

Falls nein, ist der Fragebogen hier für Sie beendet!

6. Welchen Schultyp wird Ihr Kind besuchen?

Regelgrundschule... Förderschule... Anderer Schultyp, nämlich: _____

Wird Ihr Kind eine Integrationskraft erhalten? Nein ... Ja ...

7. Wird Ihr Kind eine staatliche Schule oder eine Privatschule besuchen?

Staatliche Schule... Privatschule... Anderer Schultyp, nämlich: _____

Falls Ihr Kind eine Privatschule besucht, welche?

Konfessionelle Schule... Waldorfschule... Andere, nämlich: _____

B: Geburt

1. Wo wurde Ihr Kind geboren? (Bitte im Mutterpass oder im gelben Vorsorgeheft des Kindes nachsehen)

In einer Klinik

In einem Geburtshaus ...

Zu Hause

Anderer Geburtsort (z.B. Rettung, Flugzeug, Taxi, u. a.) _____

Unbekannter Geburtsort (z.B. bei Pflege- / Adoptivkind) _____

2. Wie schwer und wie groß war Ihr Kind bei der Geburt? (Bitte im Mutterpass oder im gelben Vorsorgeheft des Kindes nachsehen)

Gewicht: _____ Gramm Grösse: _____ cm Unbekannt...

3. In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren? (Bitte im Mutterpass oder im gelben Vorsorgeheft des Kindes nachsehen)

_____ Schwangerschaftswoche Unbekannt...



4. Wie lange wurde Ihr Kind gestillt? (Mehrfachnennung möglich)

Nicht gestillt... Bis 1 Monat ... Bis 6 Monate ... Über 6 Monate ... Unbekannt

5. Wurde bei Ihrem Kind jemals eine angeborene Fehlbildung festgestellt?

(z. B. Nierenstau, Lippenpalte, Nabelbruch, Loch in der Herzwand, Hüftfehlstellung)

Nein... Ja... Weiß nicht...

Falls ja, welche Fehlbildung? _____ Weiß nicht...

C: Allgemeine Gesundheit

1. Welche der folgenden Infektionskrankheiten hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten 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
 Pseudokrupp-Anfall Mal
 Mittelohrentzündung (Otitis media) Mal
 Durchfallerkrankung, Magen-Darm-Infektion Mal
 Lungenentzündung Mal
 Andere, welche? Mal

Wie oft hatte Ihr Kind bei diesen Krankheiten ...

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

2. Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten folgende von einem Arzt diagnostizierte Krankheiten?

(Mehrfachnennungen möglich)

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Allergische Hautausschläge..... | <input type="checkbox"/> | Wirbelsäulenleiden..... | <input type="checkbox"/> |
| Nahrungsmittelallergien..... | <input type="checkbox"/> | Wurminfektionen..... | <input type="checkbox"/> |
| Neurodermitis (Atopisches Ekzem)..... | <input type="checkbox"/> | Rheuma..... | <input type="checkbox"/> |
| Chronische Bronchitis..... | <input type="checkbox"/> | Krampfleiden (Epilepsie)..... | <input type="checkbox"/> |
| Asthma bronchiale..... | <input type="checkbox"/> | Entwicklungsverzögerung..... | <input type="checkbox"/> |
| Heuschnupfen..... | <input type="checkbox"/> | Lernbehinderung, Lernstörung..... | <input type="checkbox"/> |
| Vergrößerte Polypen (Adenoide)..... | <input type="checkbox"/> | Angststörung..... | <input type="checkbox"/> |
| Vergrößerte Mandeln (Tonsillen)..... | <input type="checkbox"/> | Depression..... | <input type="checkbox"/> |
| Chronische Harnwegsinfekte..... | <input type="checkbox"/> | Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADHS)..... | <input type="checkbox"/> |
| Sehstörung/Fehlsichtigkeit..... | <input type="checkbox"/> | Ticstörung..... | <input type="checkbox"/> |
| Hörstörung..... | <input type="checkbox"/> | Tourette Syndrom..... | <input type="checkbox"/> |
| Sprachentwicklungsstörung..... | <input type="checkbox"/> | Autismus..... | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung..... | <input type="checkbox"/> | Emotionale Probleme..... | <input type="checkbox"/> |
| Blutkrankheit (z. B. Hämophilie, Thalassämie)..... | <input type="checkbox"/> | Körperliche Behinderung..... | <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)..... | <input type="checkbox"/> | Geistige Behinderung..... | <input type="checkbox"/> |
| Mein Kind hatte keine der genannten Krankheiten..... | | <input type="checkbox"/> | |

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten eine von einem Arzt diagnostizierte Krankheit, die hier nicht genannt wurde?

Nein... Ja...

Falls ja, welche? _____

3. Hatte Ihr Kind folgende Auffälligkeiten in den letzten 12 Monaten, die nicht im Zusammenhang mit einer Verletzung aufgetreten sind? (Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)

- | | Nein | Ja | Falls ja, wo? |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------|
| Gelenkschmerzen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Gelenkschwellungen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Bewegungseinschränkungen (z. B. Hinken, steife Finger)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

4. Hat sich Ihr Kind in den letzten 12 Monaten durch einen Unfall verletzt und musste deshalb ärztlich behandelt werden?

Nein ... Ja ...

Falls ja, wie oft hatte das Kind in den letzten 12 Monaten einen Unfall? _____ Mal

5. Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten ... (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"/>

6. Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten allergische Reaktionen oder Unverträglichkeiten, nachdem es bestimmte Lebensmittel gegessen oder getrunken hat?

Nein... Ja... Weiß nicht...

Falls ja, welche Lebensmittel hat das Kind nicht vertragen?

7. Wie oft fehlte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten krankheitsbedingt im Kindergarten?
(Versuchen Sie die Anzahl der Tage aus Ihrer Erinnerung zu schätzen. Falls das Kind keinen Tag gefehlt hat, tragen Sie bitte eine 0 ein.)

_____ Fehltage

8. Hatte Ihr Kind in den letzten drei Monaten 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"/>

9. Wie häufig neigte Ihr Kind in den letzten drei Monaten 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	Mehrere täglich
Das Kind wurde leicht blass	<input type="checkbox"/>				
Das Kind bekam leicht kalte Hände	<input type="checkbox"/>				

6. Bei welchen Ärzten oder Therapeuten war Ihr Kind in den letzten 12 Monaten?

(Mehrfachnennungen möglich)

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Kinderarzt | <input type="checkbox"/> | Chirurg | <input type="checkbox"/> |
| Hausarzt | <input type="checkbox"/> | Orthopäde | <input type="checkbox"/> |
| Zahnarzt | <input type="checkbox"/> | Urologe | <input type="checkbox"/> |
| Kieferorthopäde | <input type="checkbox"/> | Kinder- und Jugendpsychiater | <input type="checkbox"/> |
| Augenarzt | <input type="checkbox"/> | Psychologe / Psychotherapeut | <input type="checkbox"/> |
| Hals-Nasen-Ohren-Arzt | <input type="checkbox"/> | Heilpraktiker | <input type="checkbox"/> |
| Hautarzt | <input type="checkbox"/> | | |
- Bei anderen, welchen? _____
- Mein Kind war bei keinem Arzt oder Therapeuten

7. Von welchem Arzt wurde Ihr Kind in den letzten 12 Monaten hauptsächlich betreut?

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Arzt einer onkologischen Spezialambulanz | <input type="checkbox"/> | Arzt einer anderen Spezialambulanz | <input type="checkbox"/> |
| Allgemeinarzt (Hausarzt) | <input type="checkbox"/> | Kinderarzt | <input type="checkbox"/> |
- Befindet sich die Praxis/Spezialambulanz dieses betreuenden Arztes an Ihrem Wohnort?
- Nein... Ja...

8. Wurden bei Ihrem Kind in den letzten 12 Monaten folgende Behandlungen durchgeführt?

(Mehrfachnennungen möglich)

Genauere Angaben (z.B. Ambulante Operation: Polypentfernung)

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------------|
| Behandlung in einer Notfallambulanz | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Hausbesuch von einem Notarzt | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Ambulante Operation | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Stationäre Krankenhausbehandlung | <input type="checkbox"/> | _____ Anzahl der Nächte: _____ |
| Reha- oder Kuraufenthalt | <input type="checkbox"/> | _____ |

9. Wurde bei Ihrem Kind in den letzten 12 Monaten ein Allergietest durchgeführt?

- Nein... Ja...
- Falls ja, mit welchem Ergebnis? Unauffällig... Allergie festgestellt...



10. Erhält Ihr Kind zurzeit eine besondere Ernährung oder Diät?

Nein... Ja...

Falls ja, welche Ernährung bzw. Diät? _____

Falls ja, warum erhält es diese Ernährung bzw. Diät? _____

11. In welchem Alter erhielt Ihr Kind seine erste Impfung? (Bitte im Impfpass des Kindes nachsehen)

Mit ____ Jahren ____ Monaten Das Kind erhielt bisher noch keine Impfung...

12. Benötigt oder nimmt Ihr Kind vom Arzt verschriebene Medikamente? (außer Vitamine)

Nein... Ja...

Falls ja: Geschieht dies aufgrund einer Krankheit, Verhaltensstörung oder eines anderen gesundheitlichen Problems? Nein Ja

Dauert dieses Problem bereits 12 Monate an oder ist eine Dauer von mindestens 12 Monaten zu erwarten?

13. Hat Ihr Kind in den letzten 12 Monaten vom Arzt verschriebene Medikamente bekommen?

(z. B. Tabletten, Cremes, Sprays, Säfte, Badezusätze)

Nein... Ja...

Falls ja, wegen welcher Erkrankung?	Täglich	Bei Bedarf	Name und Stärke des Medikamentes Bitte von der Packung abschreiben	Dosierung pro Tag
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

14. Erhielt Ihr Kind jemals eine Antibiotika-Behandlung?

Nein... Ja...

Falls ja, in welchem Alter erhielt es die erste Antibiotika-Behandlung? Mit ____ Jahren ____ Monaten

Falls ja, wie häufig erhielt es bislang Antibiotika? 1-3x... 4-6x... mehr als 6x...

15. Hat Ihr Kind in den letzten 12 Monaten Naturheilmittel bekommen?

(Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)

Pflanzliche Arzneimittel..... Nein... Ja...

Homöopathische Arzneimittel..... Nein... Ja...

Anthroposophische Arzneimittel..... Nein... Ja...

Andere Naturheilmittel, welche? _____

Falls Sie mindestens eine der Fragen mit Ja beantwortet haben:

Wegen welcher Erkrankung?	Täglich	Bei Bedarf	Name und Stärke des Medikamentes Bitte von der Packung abschreiben	Dosierung pro Tag
_____	<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. Ist Ihr Kind in irgendeiner Art und Weise eingeschränkt oder daran gehindert, Dinge zu tun, die die meisten gleichaltrigen Kinder tun können?

Nein... Ja...

Falls ja: Geschieht dies aufgrund einer Krankheit, Verhaltensstörung oder eines anderen gesundheitlichen Problems? Nein Ja

Dauert dieses Problem bereits 12 Monate an oder ist eine Dauer von mindestens 12 Monaten zu erwarten?

17. Hat Ihr Kind bei einer der folgenden Tätigkeiten und Fertigkeiten des Alltags Einschränkungen? (Mehrfachnennungen möglich)

Ankleiden Basteln

Schuhe anziehen Erwachsenen zuhören können

Zur Toilette gehen Kommunizieren mit anderen Kindern

Stifthaltung Erledigen kleiner Verpflichtungen

Malen

Andere Einschränkungen, nämlich: _____

Mein Kind hat keine Einschränkungen.....

18. Hat Ihr Kind eine Brille, Sehhilfe, Hörgerät oder ein anderes Hilfsmittel?

(Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)

Brille oder andere Sehhilfe..... Nein Ja

Hörgerät.....

Andere Hilfsmittel, nämlich: _____

19. Braucht Ihr Kind für seine Tätigkeiten gewöhnlich mehr Zeit als andere Kinder?

Nein...

Ja...

Weiß nicht...

20. Hat Ihr Kind emotionale, Entwicklungs- oder Verhaltensprobleme, für die es Behandlung bzw. Beratung benötigt oder bekommt?

Nein...

Ja...

Falls ja: Dauert dieses Problem bereits 12 Monate an oder ist eine Dauer von mindestens 12 Monaten zu erwarten?

Nein

Ja

.....

21. Wurde in den letzten 12 Monaten bei Ihrem Kind eine Entwicklungsdiagnostik durchgeführt?
(z.B. Frühförderzentrum, Sozialpädiatrisches Zentrum, usw.)

Nein...

Ja...

Falls ja, wo?

Falls ja, mit welchem Ergebnis?

22. Braucht oder bekommt Ihr Kind eine spezielle Therapie, wie z. B. Physiotherapie, Ergotherapie oder Sprachtherapie?

Nein...

Ja...

Falls ja: Geschieht dies aufgrund einer Krankheit, Verhaltensstörung oder eines anderen gesundheitlichen Problems?

Nein

Ja

.....

Dauert dieses Problem bereits 12 Monate an oder ist eine Dauer von mindestens 12 Monaten zu erwarten?

.....

23. Welche der folgenden Behandlungen oder Unterstützungen hat Ihr Kind in den letzten 12 Monaten erhalten oder finden zurzeit statt? (Mehrfachnennungen möglich)

Sprachtherapie (Logopädie)

Erziehungsberatung

Ergotherapie

Familienhilfe

Krankengymnastik

Integrationshilfe

Manuelle Therapie (z. B. Osteopathie)

Heilpädagogische Behandlung

Kieferorthopädische Behandlung

Psychologische Beratung

Ambulante Krankenpflege zuhause

Psychotherapie

Sprachförderung im Kindergarten

Hilfen über das Jugendamt

Frühförderung

Andere Behandlungen/Unterstützungen, nämlich:

Keine Behandlungen/Unterstützungen...

Konnten in den letzten 12 Monaten empfohlene oder verordnete Behandlungen oder Unterstützungen nicht stattfinden?

Falls ja, welche?

Warum?

E: Ernährung, Bewegung und Freizeit



1. 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

2. Wie häufig erhält Ihr Kind folgende Lebensmittel? (Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)

	Nie/selten	Gelegentlich	Häufig/immer
a. Lebensmittel aus konventionellem Anbau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Lebensmittel aus biologischem Anbau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Lebensmittel aus biologisch-dynamischem Anbau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wie häufig... (Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)

... spielt Ihr Kind aktuell im Freien?	Fast jeden Tag	3-5x/ Woche	1-2x/ Woche	Seltener	Nie
Im eigenen Garten	<input type="checkbox"/>				
Auf der Straße	<input type="checkbox"/>				
Auf einem Spielplatz	<input type="checkbox"/>				
In einem naturnahen Raum /Wald	<input type="checkbox"/>				
... treibt Ihr Kind Sport in einem Verein?	<input type="checkbox"/>				
... treibt Ihr Kind Sport außerhalb eines Vereins?	<input type="checkbox"/>				



4. Wie viel Zeit verwendet Ihr Kind aktuell wöchentlich außerhalb der Schule für die folgenden Tätigkeiten? (Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)

	Weniger als 1 Std.	1-5 Std.	Mehr als 5 Std.	Ich weiß nicht
1. Malen oder Basteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kinderbücher ansehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hörspiele anhören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vorgelesene Geschichten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Besucht Ihr Kind eine Musikschule, erhält es musikalische Früherziehung oder lernt es ein Instrument?

Nein... Ja...

6. Welche der folgenden Dinge besitzt Ihr Kind persönlich? (Bitte setzen Sie ein Kreuz zu jeder Aussage)

	Nein	Ja		Nein	Ja
Laptop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Smartphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tablet-PC.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anderes Handy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spielkonsole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iPod oder MP3-Player	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

7. Hat Ihr Kind ein Fernsehgerät in seinem Zimmer?

Nein... Ja...

8. Hat Ihr Kind einen Computer (auch Laptop) in seinem Zimmer?

Nein... Ja, ohne Internetanschluss... Ja, mit Internetanschluss...

F: Wohlbefinden und gesundheitsbezogene Lebensqualität

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

In der letzten Woche ...

	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. Vorschule/Kindergarten

In der letzten Woche, in der mein Kind in der Vorschule/im Kindergarten war ...

	nie	selten	manchmal	oft	immer
a. ... hat mein Kind die Aufgaben in der Vorschule/im Kindergarten gut geschafft	<input type="checkbox"/>				
b. ... hat meinem Kind die Vorschule/der Kindergarten Spaß gemacht	<input type="checkbox"/>				
c. ... hat mein Kind sich auf die Vorschule/den Kindergarten gefreut	<input type="checkbox"/>				
d. ... hat mein Kind bei kleineren Aufgaben oder Hausaufgaben viele Fehler gemacht	<input type="checkbox"/>				

7. Weitere Fragen zum Wohlbefinden

In der letzten Woche ...

	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"/>				

G: Stärken und Schwächen

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt „Nicht zutreffend“, „Teilweise zutreffend“ oder „Eindeutig zutreffend“. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten.

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
1. Rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Unruhig, überaktiv, kann nicht lange still sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Einzelgänger; spielt meist allein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Im Allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Lieb zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Lügt oder mogelt häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Denkt nach, bevor er/sie handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H: Schlafgewohnheiten

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

Nein... Ja... Weiß nicht...

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

Falls nein, bis zu welchem Alter machte das 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...

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.

2. Zu welcher Uhrzeit ...

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

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

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

... steht das Kind an Wochenenden oder in den Ferien gewöhnlich morgens auf?.. _____ Uhr (hh:mm)

3. Hat das Kind...

... einen unruhigen Schlaf? Nein Ja Weiß nicht

... über unruhige Beine berichtet, wenn es im Bett ist? Nein Ja Weiß nicht

...„Wachstumsschmerzen“ (nicht erklärbare Beinschmerzen)? Nein Ja Weiß nicht

...„Wachstumsschmerzen“, die am stärksten sind, wenn das Kind im Bett ist? Nein Ja Weiß nicht

4. Während das Kind schläft, haben Sie...

... kurze Tritte eines oder beider Beine gesehen? Nein Ja Weiß nicht

... sich wiederholende Tritte oder ruckartige Bewegungen der Beine in regelmäßigen Abständen (z.B. alle 20 bis 40 Sekunden) gesehen? Nein Ja Weiß nicht

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 **NIE/SELTEN**, wenn eine Aussage **nie oder 1 Mal** pro Woche zutrifft.

5. Schlafenszeit

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

6. Schlafverhalten

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

	Gewöhnlich 5-7 Mal/Woche	Manchmal 2-4 Mal/Woche	Nie/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"/>

7. Nächtliches Erwachen

	Gewöhnlich 5-7 Mal/Woche	Manchmal 2-4 Mal/Woche	Nie/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

8. Morgendliches Erwachen

	Gewöhnlich 5-7 Mal/Woche	Manchmal 2-4 Mal/Woche	Nie/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"/>

9. Tagesmüdigkeit

	Gewöhnlich 5-7 Mal/Woche	Manchmal 2-4 Mal/Woche	Nie/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"/>

I: Demografische Angaben

Damit unser Projekt als repräsentativ gelten kann, 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. Auch hier dürfen Sie Fragen unbeantwortet lassen

1. In welchem Jahr und in welchem Monat wurde die leibliche Mutter des Kindes geboren?

Monat _____ Jahr _____ Weiß nicht

2. In welchem Jahr und in welchem Monat wurde der leibliche Vater des Kindes geboren?

Monat _____ Jahr _____ Weiß nicht

3. Bei wem lebt Ihr Kind hauptsächlich?

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| Bei den leiblichen Eltern | <input type="checkbox"/> | Bei einem alleinerziehenden Elternteil ... | <input type="checkbox"/> |
| Bei einem Elternteil mit Partner/in ... | <input type="checkbox"/> | Im Heim | <input type="checkbox"/> |
| Bei anderen Familienmitgliedern..... | <input type="checkbox"/> | Bei anderen Personen..... | <input type="checkbox"/> |

4. Mit wie vielen älteren und jüngeren Geschwistern lebt Ihr Kind zusammen?

(Gemeint sind in diesem Fall auch Halbgeschwister und angeheiratete Geschwister)

- Das Kind lebt mit keinen Geschwistern zusammen.....
- Das Kind lebt mit _____ älteren Geschwistern zusammen
- Das Kind lebt mit _____ jüngeren Geschwistern zusammen
- Das Kind lebt mit _____ gleichaltrigen Geschwistern zusammen

5. Welche Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen? (Mehrfachnennungen sind möglich)

Deutsch .. Andere Sprachen .. Welche? _____

Bei den folgenden Fragen, die Vater und Mutter betreffen, meinen wir die Personen, die mit dem Kind in einem Haushalt leben. Mit der Bezeichnung „Mutter“ oder „Vater“ sind auch diejenigen Personen gemeint, die an die Stelle der leiblichen Eltern treten, z. B. Lebenspartnerin des Vaters, Stiefvater o.a.

6. In welchem Land sind Sie geboren? (Bitte für das Kind und beide Elternteile angeben)

Kind ... In Deutschland .. <input type="checkbox"/>	In einem anderen Land .. <input type="checkbox"/>	In welchem? _____
Mutter . In Deutschland .. <input type="checkbox"/>	In einem anderen Land .. <input type="checkbox"/>	In welchem? _____
Vater ... In Deutschland .. <input type="checkbox"/>	In einem anderen Land .. <input type="checkbox"/>	In welchem? _____

7. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie? (Bitte für das Kind und beide Elternteile angeben)

Kind Deutsch. Andere/weitere Staatsangehörigkeit .. Welche? _____

Mutter .. Deutsch. Andere/weitere Staatsangehörigkeit .. Welche? _____

Vater Deutsch. Andere/weitere Staatsangehörigkeit .. Welche? _____

8. Wird in Ihrem Haushalt geraucht?

Nie... Gelegentlich... Häufig...

9. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

(Nennen Sie bitte nur den höchsten Abschluss. Bitte für beide Elternteile)

	Mutter	Vater
Schule beendet ohne Schulabschluss.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noch keinen Schulabschluss (Schüler).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haupt- oder Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realschulabschluss (Mittlere Reife).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Abitur).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderen Schulabschluss.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Welchen höchsten beruflichen Abschluss haben Sie? (Nennen Sie bitte nur den höchsten Abschluss. Bitte für beide Elternteile)

	Mutter	Vater
Keinen Berufsabschluss und nicht in beruflicher Ausbildung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noch in beruflicher Ausbildung (Auszubildende/r, Student/in, Berufsvorbereitungsjahr).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruflich-betriebliche Ausbildung (Lehre) abgeschlossen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfach-, Handelsschule) abgeschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausbildung an einer Fach-, Meister- oder Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bachelor an (Fach-) Hochschule abgeschlossen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstigen Abschluss an einer Fachhochschule oder Ingenieurschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstigen Abschluss an einer Universität oder Hochschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderen Ausbildungsabschluss.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. 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"/>

12. Falls Sie zurzeit beruflich tätig sind, in welchem Umfang üben Sie diese Tätigkeit aus

(Bei dieser Frage sind die Personen gemeint, die mit dem Kind in einem Haushalt leben. Mit der Bezeichnung „Mutter“ oder „Vater“ sind auch diejenigen Personen gemeint, die an die Stelle der leiblichen Eltern treten, z.B. Lebenspartnerin des Vaters, Stiefvater o.Ä.)

	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"/>

J: Abschließende Fragen

1. Gab es für Ihr Kind in den letzten 12 Monaten wichtige familiäre Ereignisse?

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

2. Leiden andere, gemeinsam mit Ihrem Kind in einem Haushalt lebende Personen an einer chronischen Erkrankung? (z.B. Asthma, Depression, Behinderung, Krebserkrankung)

Nein... Ja...

Welche Person?

Welche Krankheit?

3. 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