

**Liebe Eltern,**

an der Schule Ihres Kindes arbeitet seit einem Jahr eine Schulgesundheitsfachkraft. Wir führen eine anonyme Befragung durch, um die Rahmenbedingungen für den Einsatz von Pflegekräften an Ihrer Schule zu evaluieren. Deshalb ist uns **Ihre Perspektive wichtig**. Ihre Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Wir danken Ihnen im Voraus für Ihre Mithilfe bei der Erhebung!

**Wer beantwortet diesen Fragebogen?**

Mutter....  Vater....

Andere erziehungsberechtigte Person, und zwar: \_\_\_\_\_

**1. Wie wurden Sie darüber informiert, dass an der Schule Ihres Kindes eine Schulgesundheitsfachkraft/Schulkrankenschwester für die gesundheitliche Versorgung Ihres Kindes zuständig ist? (Mehrfachnennungen sind möglich)**

- Durch mein Kind.....  Durch Informationsmaterial/die Einwilligungserklärung.....
- Durch das Lehrpersonal...  Sie hat sich persönlich vorgestellt.....
- Durch niemanden.....  Anders, und zwar: \_\_\_\_\_

**2. Hatten Sie selbst schon Kontakt mit der Schulgesundheitsfachkraft?**

Nein....  Ja....  Ich bin mir nicht sicher....

**3. Fühlen Sie sich ausreichend darüber informiert...**

... welche Aufgaben die Schulgesundheitsfachkraft an der Schule Ihres Kindes wahrnimmt?

Ja....  Eher ja....  Eher nein....  Nein....

... welche Befugnisse die Schulgesundheitsfachkraft in Bezug auf die Gesundheit Ihres Kindes hat?

Ja....  Eher ja....  Eher nein....  Nein....

... wie Sie die Schulgesundheitsfachkraft erreichen können?

Ja....  Eher ja....  Eher nein....  Nein....

... wie die Gesundheit Ihres Kindes von diesem Angebot profitieren kann?

Ja....  Eher ja....  Eher nein....  Nein....

... welche Vorteile dieses Angebot für Sie selbst haben kann?

Ja....  Eher ja....  Eher nein....  Nein....

**4. Fühlen Sie sich durch die Arbeit der Schulgesundheitsfachkraft an Ihrer Schule entlastet?**

Ja....  Eher ja....  Eher nein....  Nein....

**Angaben zu Ihrem Kind**

**1. Welches Geschlecht hat Ihr Kind?**

Weiblich....  Männlich....

**2. Wann wurde Ihr Kind geboren?**

Geburtsjahr \_\_\_\_\_

**3. Wie würden Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben?**

Sehr gut....  Gut....  Mittelmäßig....  Schlecht....  Sehr schlecht....

**4. Hat Ihr Kind die Schulgesundheitsfachkraft schon einmal aufgesucht? (Falls Sie mehrere Kinder an der Schule haben, wählen Sie bitte das Kind aus, das am meisten Kontakt mit der Schulgesundheitsfachkraft gehabt hat)**

Nein....       Ja....       Ich bin mir nicht sicher....

**Wenn ja:**

**Wie oft hat Ihr Kind die Schulgesundheitsfachkraft im vergangenen halben Jahr etwa aufgesucht?**

Gar nicht.....       Seltener als einmal im Monat.....   
1- bis 2-mal im Monat.....       1- bis 2-mal in der Woche.....   
3- bis 4-mal in der Woche....       Etwa jeden Tag.....   
Ich weiß nicht.....

**Hat sich Ihr Kind nach dem Besuch besser oder wohler gefühlt?**

Nein....       Ja....       Ich bin mir nicht sicher....

**War der Besuch für Ihr Kind angenehm?**

Sehr angenehm....       Etwas....       Nicht besonders....       Überhaupt nicht....

**Wie einfach ist es für Ihr Kind mit der Schulgesundheitsfachkraft zu sprechen?**

Sehr einfach....       Eher einfach....      Eher schwierig....       Sehr schwierig....

**War die Schulgesundheitsfachkraft erreichbar, als Ihr Kind sie gebraucht hat?**

Immer....       Meistens....       Selten....       Nie....

**Hat sie die Wünsche und Bedürfnisse Ihres Kindes bei ihren Entscheidungen berücksichtigt?**

Nein....       Ja....       Ich bin mir nicht sicher....

**Hatte Ihr Kind das Gefühl, dass sein Besuch bei ihr vertraulich war?**

Nein....       Ja....       Ich bin mir nicht sicher....

**Wie würde Ihr Kind die Erfahrung, die es mit ihr gemacht hat, insgesamt bewerten?**

Sehr gut....       Gut....       Okay....       Schlecht....

**5. Hat Ihr Kind eine chronische Erkrankung oder Behinderung?**

Nein....       Ja....  , welche? \_\_\_\_\_

**Falls ja:**

**Wen haben Sie in der Schule Ihres Kindes über die Behinderung bzw. chronische Erkrankung Ihres Kindes und die Auswirkungen informiert? (Mehrfachnennungen sind möglich)**

Niemanden.....       Die Klassenlehrerin/ den Klassenlehrer....   
Das gesamte Kollegium.....       Die Mitschülerinnen und Mitschüler.....   
Die Schulgesundheitsfachkraft....

**Haben Sie den Eindruck, dass die folgenden Personen gut über die Behinderung bzw. Erkrankung Ihres Kindes informiert sind?**

Lehrerinnen und Lehrer Ihres Kindes      Nein....       Ja....       Ich bin mir nicht sicher....   
Schulgesundheitsfachkraft      Nein....       Ja....       Ich bin mir nicht sicher....