

Psychosoziales Screening bei chronischer Erkrankung – Elternversion

Ausgefüllt durch Mutter Vater andere Datum _____

Soziodemographische Daten Ihres Kindes

Name _____ Geb.-datum _____

Geschlecht weiblich männlich divers

Staatsangehörigkeit deutsch andere

Wieviele leibliche Geschwister hat Ihr Kind? _____ Wieviele Halbgeschwister hat Ihr Kind? _____

Besucht Ihr Kind eine Kita/Tagesbetreuung? ja nein

Geht Ihr Kind zur Schule? ja nein Welche Klasse besucht Ihr Kind? _____ Klasse

Welche Schulform? Grundschule Mittelschule Realschule Gymnasium Förderschule
 FOS/BOS Gesamtschule andere

Macht Ihr Kind eine Ausbildung/ein Studium? ja nein

Welche Sprache wird hauptsächlich gesprochen? deutsch andere

Wer hat das Sorgerecht? Mutter Vater Beide Vormund

Lebt Ihr Kind im Wechselmodell? ja nein

Welchen höchsten Schulabschluss haben die Eltern?

Mutter	<input type="checkbox"/> ohne Abschluss	Vater	<input type="checkbox"/> ohne Abschluss
	<input type="checkbox"/> Schulabschluss		<input type="checkbox"/> Schulabschluss
	<input type="checkbox"/> Fachabitur/Abitur		<input type="checkbox"/> Fachabitur/Abitur
	<input type="checkbox"/> abgeschlossenes Hochschulstudium		<input type="checkbox"/> abgeschlossenes Hochschulstudium

Welche berufliche Tätigkeit üben die Eltern aus?

Mutter	<input type="checkbox"/> Arbeiterin	Vater	<input type="checkbox"/> Arbeiter
	<input type="checkbox"/> Angestellte		<input type="checkbox"/> Angestellter
	<input type="checkbox"/> Angestellte mit Führungstätigkeit		<input type="checkbox"/> Angestellter mit Führungstätigkeit
	<input type="checkbox"/> Selbständig		<input type="checkbox"/> Selbständig
	<input type="checkbox"/> aktuell nicht berufstätig		<input type="checkbox"/> aktuell nicht berufstätig

Gibt es körperliche oder psychische Vorerkrankungen?

Kind	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, körperliche	<input type="checkbox"/> ja, psychische
Eltern	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, körperliche	<input type="checkbox"/> ja, psychische
Geschwister	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, körperliche	<input type="checkbox"/> ja, psychische
Großeltern	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, körperliche	<input type="checkbox"/> ja, psychische

Liebe Eltern,

wir möchten Sie bitten, den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen. Damit können Sie uns helfen, die chronische Erkrankung Ihres Kindes besser zu verstehen und Ihr Kind besser zu behandeln.

Gender-Hinweis: In diesem Fragebogen wird das generische Maskulinum aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwendet. Alle verwendeten Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechter, sofern nicht anders angegeben.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die aktuelle gesundheitliche Situation Ihres Kindes.

In der letzten Woche: Hat sich Ihr Kind fit und wohl gefühlt?	<input type="radio"/> überhaupt nicht	<input type="radio"/> ein wenig	<input type="radio"/> mittelmäßig	<input type="radio"/> ziemlich	<input type="radio"/> sehr
In der letzten Woche: Ist Ihr Kind voller Energie gewesen?	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> oft	<input type="radio"/> immer
Wie würden Sie das seelische Befinden Ihres Kindes derzeit beschreiben? Dazu gehören auch seine Gefühle, seine Fähigkeit, sich zu konzentrieren und seine Fähigkeit, klar zu denken.	<input type="radio"/> schlecht	<input type="radio"/> weniger gut	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> sehr gut	<input type="radio"/> ausgezeichnet

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die chronische Erkrankung, wegen der Ihr Kind aktuell vorstellig wird. (Erkrankungsbedingte Belastungen)

Belastungen durch die Erkrankung	1 nicht belastend	2 kaum belastend	3 etwas belastend	4 ziemlich belastend	5 sehr belastend
Wie belastend war für Sie der <u>Erkrankungsbeginn</u> Ihres Kindes?					
Wie belastend sind für Sie die <u>aktuellen Symptome</u> Ihres Kindes?					

(Mehrfachnennungen sind möglich)

Wer ist außer Ihrem Kind am meisten durch dessen Erkrankung belastet?	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Vater	<input type="radio"/> Geschwister	<input type="radio"/> Großeltern	<input type="radio"/> Andere	<input type="radio"/> Niemand	
Folgende Personen nehmen die Erkrankung Ihres Kindes nicht ernst.	<input type="radio"/> Familie	<input type="radio"/> Freunde	<input type="radio"/> Ärzte	<input type="radio"/> Mitschüler	<input type="radio"/> Lehrer	<input type="radio"/> Andere	<input type="radio"/> Niemand
Folgende Personen haben wegen der Erkrankung Ihrem Kind gegenüber eine negative Haltung.	<input type="radio"/> Familie	<input type="radio"/> Freunde	<input type="radio"/> Ärzte	<input type="radio"/> Mitschüler	<input type="radio"/> Lehrer	<input type="radio"/> Andere	<input type="radio"/> Niemand

Im Folgenden bitten wir Sie einzuschätzen, wie es vor und seit Erkrankungsbeginn, sowie aktuell war bzw. ist. (Symptome, Ressourcen)

0 = nein, 1 = ab und zu, 2 = durchgehend									
Mein Kind...	<u>Vor</u> Erkrankungsbeginn aufgetreten			<u>Seit</u> Erkrankungsbeginn aufgetreten			<u>aktuell</u>		
1. ... hat/hatte sehr gute Schul-/Examensnoten.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
2. ... macht/machte mehrmals in der Woche Sport.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
3. ... macht/machte Leistungssport.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
4. ... spielt/spielte mehrere Instrumente.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
5. ... ist/war Klassensprecher.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
6. ... fühlt/fühlte sich in seinem Alltag beeinträchtigt.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
7. ... hat/hatte den Alltag beeinträchtigende körperliche Symptome (außer Schmerzen).	0	1	2	0	1	2	0	1	2

0 = nein, 1 = ab und zu, 2 = durchgehend		<u>Vor</u>			<u>Seit</u>			<u>aktuell</u>		
Mein Kind...		Erkrankungs- beginn aufgetreten			Erkrankungs- beginn aufgetreten					
8.	... hat/hatte den Alltag beeinträchtigende Schmerzen.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
9.	... hat/hatte Angst oder ein schlechtes Gefühl, wenn es über seine körperlichen Symptome oder seinen Gesundheitszustand nachdenkt/nachdachte.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
10.	... hat/hatte Angst, dass es nicht mehr gesund wird.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
11.	... macht/machte sich Sorgen um die Zukunft.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
12.	... hat/hatte Angst, den Anschluss in der Schule zu verlieren.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
13.	... hat/hatte Angst, seine Freunde zu verlieren.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
14.	... hat/hatte das Gefühl, dass seine Familie sehr belastet ist.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
15.	... hat/hatte Angst, dass seine Familie in finanzielle Schwierigkeiten kommt.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
16.	... hat/hatte Angst, dass seine Familie in berufliche Schwierigkeiten kommt.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
17.	... ist/war durch medizinische Behandlungen sehr belastet.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
18.	... hat/hatte Schwierigkeiten vor anderen zu sprechen.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
19.	... ist/war furchtsam und ängstlich.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
20.	... ist/war lustlos, interessenlos.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
21.	... fühlt/fühlte sich einsam.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
22.	... ist/war traurig.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
23.	... hat/hatte lebensmüde Gedanken.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
24.	... zieht/zog sich zurück.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
25.	... verletzt/verletzte sich selbst.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
26.	... hat/hatte große Schuldgefühle.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
27.	... hat/hatte Schlafprobleme.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
28.	... isst/aß zu viel; zu wenig.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
29.	... hat/hatte viele Sorgen.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
30.	... kann/konnte sich nicht lange konzentrieren.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
31.	... kann/konnte sich wenig merken.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
32.	... ist/war ungeduldig.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
33.	... denkt/dachte nicht nach, bevor es handelt/handelte.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
34.	... kann/konnte sich schlecht entspannen.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
35.	... muss/musste bestimmte Dinge wiederholen, wie unter Zwang.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
36.	... fühlt/fühlte sich völlig hilflos und ausgeliefert.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
37.	... hat/hatte keine Kontrolle mehr über sein Leben.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
38.	... hat/hatte Angst, die Kontrolle über den Körper zu verlieren.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
39.	... fühlt/fühlte sich hoffnungslos.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
40.	... nutzt/nutzte das Internet, wenn es traurig ist/war.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
41.	... nutzt/nutzte das Internet, auch wenn es schlafen soll/sollte.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
42.	... hat/hatte Verhaltensprobleme (Wut, Aggression, Stehlen, Lügen).	0	1	2	0	1	2	0	1	2
43.	... hat/hatte Probleme mit Einnässen, Einkoten.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
44.	... konsumiert/konsumierte zu viel Alkohol/Drogen.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
45.	... hört/hörte Stimmen/Geräusche, die nicht da sind/waren.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
46.	... verhält/verhielt sich zu jung/zu alt für sein Alter.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
47.	... hat/hatte andere Probleme.	0	1	2	0	1	2	0	1	2

Jetzt bitten wir Sie einzuschätzen, wie es **jemals**, in der Zeit **unmittelbar vor** Erkrankungsbeginn Ihres Kindes und **aktuell** war bzw. ist. (**Allgemeine Belastungen**)

Allgemeine Belastungen	Jemals	Unmittelbar vor Erkrankungsbeginn	Aktuell
Wir als Eltern haben uns getrennt/sind geschieden.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ein Familienmitglied ist/war körperlich krank.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ein Familienmitglied ist/war psychisch krank.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ein Familienmitglied ist gestorben.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ein Familienmitglied ist/war im Gefängnis.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ein Familienmitglied hat/hatte Alkohol- oder Drogenprobleme.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Mein Kind wird/wurde von Familienmitgliedern so stark geschlagen, dass es verletzt wurde.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Mein Kind wird/wurde auf sexuelle Art und Weise angefasst ohne dass es das wollte.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wir als Eltern kümmern uns nicht genügend/haben uns nicht genügend um unser Kind gekümmert (zu wenig Essen, schmutzige Kleidung)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Mein Kind wird/wurde von Familienmitgliedern sehr oft beschimpft oder beleidigt.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wir als Familie haben/hatten wenig Geld zur Verfügung.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Mein Kind wird/wurde im Kindergarten/in der Schule/ Ausbildung gemobbt (ausgegrenzt, beleidigt oder geschlagen).	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Die folgenden Fragen beziehen sich auf **Ihre gesamte Familie (nicht auf Ihr Kind)**:

- War ein Familienmitglied mit Sars-CoV-2 infiziert? ja nein
- Musste ein Familienglied wegen einer Sars-CoV-2 Infektion ins Krankenhaus? ja nein
- Ist ein Familienmitglied an einer Sars-CoV-2 Infektion gestorben? ja nein
- Waren Sie wegen der Coronapandemie in Kurzarbeit? ja nein
- Haben Sie wegen der Coronapandemie Ihre Arbeit verloren? ja nein
- Haben Sie wegen der Coronapandemie finanzielle Einbußen erlebt? ja nein

Im Folgenden geht es ausschließlich um **Ihre Belastungen im Zusammenhang mit den früheren Coronamaßnahmen. (Pandemiebedingte Belastungen)**

Die Coronamaßnahmen in Bezug auf...	1 waren nicht belastend	2 waren kaum belastend	3 waren etwas belastend	4 waren ziemlich belastend	5 waren sehr belastend	nicht zu- treffend
... die Veränderungen insgesamt?						
... die Schule/Ausbildung/das Studium betreffenden Veränderungen Ihres Kindes (z.B. Homeschooling)?						
... die familiären Veränderungen (z.B. schlechte Stimmung/Streit zuhause)?						
... die Veränderungen mit Ihren Freunden (z.B. weniger Kontakt/Schwierigkeiten in Beziehungen)?						
... die Veränderungen bei außerhäuslichen Aktivitäten (z.B. Sport)?						
... die Veränderungen Ihrer beruflichen Situation?						
....andere:						