



## **Informationen für Familien in der Beratungsstelle phönikks zur Dokumentation und Qualitätssicherung**

Seit 1989 führt die Beratungsstelle phönikks die familienorientierte psychosoziale Beratung und Therapie von krebskranken Kindern, krebskranken jungen Erwachsenen und deren Angehörigen durch. Als ambulante psychoonkologische Beratungsstelle war sie seinerzeit nicht nur Modelleinrichtung der Deutschen Krebshilfe, sondern ist weiterhin die einzige Einrichtung dieses Zuschnitts, die bundesweit seit mittlerweile 15 Jahren ambulante Nachsorge anbietet. Die für die Familien kostenlose Hilfe wird ausschließlich aus Spenden Hamburger Bürger und Unternehmen finanziert.

Die ausführliche Dokumentation jeder einzelnen Maßnahme, aber auch des Gesamtbetreuungskonzeptes, war deshalb seit Beginn unserer Arbeit fester Bestandteil aller Familienbetreuungen. So konnten wir bereits in den Jahren 1999 bis 2000 in der 1. Qualitätssicherungsstudie unser Betreuungskonzept wissenschaftlich überprüfen und dessen Effekte detailliert beschreiben.

Die Beratungsstelle ist den letzten Jahren stark gewachsen, so dass für das Frühjahr dieses Jahres eine 2. Auswertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität aller unserer Klienten geplant ist. Wieder gehen alle Daten in anonymisierter Form in die Erhebung ein, um den Erfordernissen des Datenschutzes Rechnung zu tragen. Diese Daten werden gruppenstatistisch ausgewertet.

Wir bitten Sie deshalb, die beiliegende Einverständniserklärung zur Teilnahme für Sie und ggf. für Ihre Kinder an der erneuten Erhebung zu unterschreiben. Sie haben natürlich die Möglichkeit, diese Erklärung jederzeit zu widerrufen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Die Mitarbeiter der Stiftung phönikks.



## **Einverständniserklärung**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, an einer Studie zur Lebensqualität im Rahmen der Qualitätssicherung der Stiftung phönixs, Mittelweg 121, 20148 Hamburg, teilzunehmen.

Ich bin darüber informiert worden, dass die von mir vorliegenden Lebensqualitätsdaten/persönlichen Daten - und ggf. die meiner Kinder - in anonymisierter Form gespeichert und entsprechend gruppenstatistisch ausgewertet werden.

Weiter bin ich darüber informiert worden, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen kann.

Name .....geb. ....

(Ggf.)

Name Kind .....geb. ....

Name Kind .....geb. ....

Name Kind .....geb. ....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

## Fragebogen zum Gesundheitszustand

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.

Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

## 1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

- |                    |   |   |
|--------------------|---|---|
| Ausgezeichnet..... | 1 |   |
| Sehr gut.....      | 2 |   |
| Gut.....           | 3 | 1 |
| Weniger gut.....   | 4 |   |
| Schlecht.....      | 5 |   |

2. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| Derzeit viel besser als vor einem Jahr.....      | 1 |   |
| Derzeit etwas besser als vor einem Jahr.....     | 2 |   |
| Etwa so wie vor einem Jahr.....                  | 3 | 2 |
| Derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr..... | 4 |   |
| Derzeit viel schlechter als vor einem Jahr.....  | 5 |   |

3. Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

TÄTIGKEITEN	Ja, stark ein- geschränkt	Ja, etwas ein- geschränkt	Nein, überhaupt nicht ein- geschränkt	
a. anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	1	2	3	3
b. mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	1	2	3	4
c. Einkaufstaschen heben oder tragen	1	2	3	5
d. mehrere Treppenabsätze steigen	1	2	3	6
e. einen Treppenabsatz steigen	1	2	3	7
f. sich beugen, knien, bücken	1	2	3	8
g. mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen	1	2	3	9
h. mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	1	2	3	10
i. eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	1	2	3	11
j. sich baden oder anziehen	1	2	3	12

4. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

SCHWIERIGKEITEN	JA	NEIN	
a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	1	2	13
b. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2	14
c. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	1	2	15
d. Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z.B. ich mußte mich besonders anstrengen)	1	2	16

5. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zelle nur eine Zahl an)

SCHWIERIGKEITEN	JA	NEIN	
a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	1	2	17
b. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2	18
c. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	1	2	13

6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

Überhaupt nicht.....	1	
Etwas.....	2	
Mäßig.....	3	20
Ziemlich.....	4	
Sehr.....	5	

7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

Ich hatte keine Schmerzen.....	1	
Sehr leicht.....	2	
Leicht.....	3	
Mäßig.....	4	21
Stark.....	5	
Sehr stark.....	6	

8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagsaktivitäten zu Hause und im Beruf behindert?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

- Überhaupt nicht.....1  
 Ein bißchen.....2  
 Mäßig.....3 22  
 Ziemlich.....4  
 Sehr.....5

9. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zelle die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht).

Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen.....

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

BEFINDEN	Immer	Mei- stens	Ziemlich oft	Manch- mal	Selten	Nie	
a....voller Schwung?	1	2	3	4	5	6	23
b....sehr nervös?	1	2	3	4	5	6	24
c....so niedergeschlagen, daß Sie nichts aufheitern konnte?	1	2	3	4	5	6	25
d....ruhig und gelassen?	1	2	3	4	5	6	26
e....voller Energie?	1	2	3	4	5	6	27
f....entmutigt und traurig?	1	2	3	4	5	6	28
g....erschöpft?	1	2	3	4	5	6	29
h....glücklich?	1	2	3	4	5	6	30
i....müde?	1	2	3	4	5	6	31

10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

- Immer.....1  
 Meistens.....2  
 Manchmal.....3  
 Selten.....4  
 Nie.....5

32

11. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?

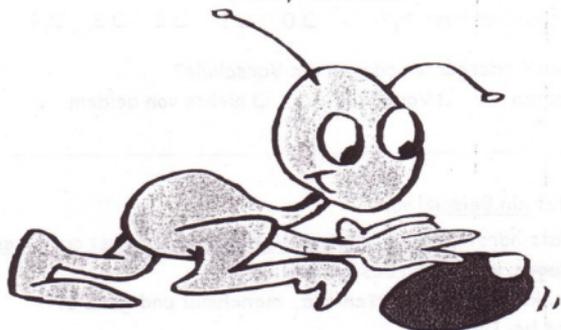
(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

AUSSAGEN	Trifft ganz zu	Trifft weitgehend zu	Weiß nicht	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu	
a. Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden	1	2	3	4	5	33
b. Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne	1	2	3	4	5	34
c. Ich erwarte, daß meine Gesundheit nachläßt	1	2	3	4	5	35
d. Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit	1	2	3	4	5	36



# Fragebogen für Kinder

Kiddy-KINDL<sup>®</sup>



Hallo,

wir möchten gerne wissen, wie es Dir zur Zeit geht und wie Du Dich fühlst. Dazu haben wir uns einige Fragen ausgedacht und bitten Dich um Deine Antwort.

- ⇒ Ich lese Dir jede Frage vor,
- ⇒ Du überlegst, wie es letzte Woche war und
- ⇒ sage mir dann die Antwort, die für Dich am besten paßt.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wichtig ist uns Deine Meinung.

Bogen ausgefüllt am:

\_\_\_\_\_  
Tag/Monat/Jahr

PLATZ  
FÜR AUFKLEBER  
ODER  
ID-NUMMER

Bitte sage mir zunächst etwas zu Dir

Bist Du ein  Mädchen oder ein  Junge?

Wie alt bist Du? \_\_\_\_\_ Jahre

Wie viele Geschwister hast Du?  0  1  2  3  4  5  über 5

Gehst Du in den Kindergarten oder in die Vorschule?

Kindergarten  Vorschule  nichts von beidem

Ich lese Dir jetzt ein Beispiel vor:

Wenn Du den Satz hörst: „In der letzten Woche habe ich Lust auf Eisessen gehabt“,  
kannst Du mir sagen, wie häufig das bei Dir war?

Es gibt 3 Möglichkeiten zu antworten: **nie**, **manchmal** und **ganz oft**.

Also: wie war das bei Dir?

Würdest Du sagen: In der letzten Woche habe ich...

nie Lust auf Eisessen gehabt,

habe ich **manchmal** Lust auf Eisessen gehabt oder

habe ich **ganz oft** Lust auf Eisessen gehabt

*Antwort des Kindes! Wenn der Eindruck besteht, daß das Kind das Antwortschema  
verstanden hat weiter mit Frage 1, ansonsten Beispiel wiederholen.*

Das machst Du sehr gut. Jetzt geht es los.

### 1. Zuerst möchten ich etwas über Deinen Körper wissen, ...

In der letzten Woche ...	nie	manchmal	ganz oft	
1. ... habe ich mich krank gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
2. ... hatte ich Kopfweh oder Bauchweh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2

### 2. ... dann etwas darüber, wie Du Dich fühlst ...

In der letzten Woche ...	nie	manchmal	ganz oft	
1. ... habe ich viel gelacht und Spaß gehabt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
2. ... war mir langweilig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4

### 3. ... und was Du selbst von Dir hältst.

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	manchmal	ganz oft	
1. ... war ich stolz auf mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
2. ... mochte ich mich selbst leiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6

### 4. In den nächsten Fragen geht es um Deine Familie ...

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	manchmal	ganz oft	
1. ... habe ich mich gut mit meinen Eltern verstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
2. ... habe ich mich zu Hause wohl gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8

### 5. ... und danach um Freunde.

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	manchmal	ganz oft	
1. ... habe ich mit Freunden gespielt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
2. ... habe ich mich mit meinen Freunden gut verstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10

### 6. Nun möchte ich noch etwas über die Vorschule/den Kindergarten wissen.

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	manchmal	ganz oft	
1. ... habe ich die Aufgaben in der Vorschule/im Kindergarten gut geschafft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11
2. ... hat mir die Vorschule/der Kindergarten Spaß gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12

### 7. Bist Du gerade im Krankenhaus oder hast Du eine längere Krankheit?

Ja

Nein

13

beantworte bitte die nächsten 6 Fragen

dann hast Du es jetzt geschafft

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	manchmal	ganz oft	
1. ... hatte ich Angst, meine Krankheit könnte schlimmer werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14
2. ... war ich wegen meiner Krankheit traurig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15
3. ... kam ich mit meiner Krankheit gut zurecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16
4. ... behandelten mich meine Eltern wegen der Krankheit wie ein Baby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17
5. ... wollte ich, daß keiner etwas von meiner Krankheit merkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18
6. ... habe ich wegen der Krankheit in der Vorschule / dem Kindergarten etwas verpaßt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19

**VIELN DANK FÜR DEINE MITARBEIT!**

# Fragebogen zur Lebensqualität von Kindern

4 - 7 Jahre  
Elternversion Kindl<sup>®</sup>  
Elternversion



Sehr geehrte Mutter, sehr geehrter Vater,

vielen Dank, daß Sie sich bereit erklärt haben, diesen Bogen zum Wohlbefinden und zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität Ihres Kindes auszufüllen.

Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen folgende Hinweise:

- ⇒ Lesen Sie bitte jede Frage genau durch,
- ⇒ überlegen Sie, wie Ihr Kind sich in der letzten Woche gefühlt hat,
- ⇒ kreuzen Sie die Antwort an, die für Ihr Kind am besten zutrifft.

Ein Beispiel:

In der letzten Woche ...

... hat mein Kind gut geschlafen.

	nie	selten	manch- mal	oft	immer
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mein Kind ist ein: Mädchen  Junge  Alter des Kindes: \_\_\_ Jahre

Sie sind: Mutter  Vater  Sonstiges  \_\_\_\_\_

Ausfülldatum: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (Tag / Monat / Jahr)

### 1. Körperliches Wohlbefinden

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer	
1. ... hat mein Kind sich krank gefühlt	<input type="checkbox"/>	1				
2. ... hatte mein Kind Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	2				
3. ... war mein Kind müde und schlapp	<input type="checkbox"/>	3				
4. ... hatte mein Kind viel Kraft und Ausdauer	<input type="checkbox"/>	4				

### 2. Seelisches Wohlbefinden

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer	
1. ... hat mein Kind viel gelacht und Spaß gehabt	<input type="checkbox"/>	5				
2. ... hatte mein Kind zu nichts Lust	<input type="checkbox"/>	6				
3. ... hat mein Kind sich allein gefühlt	<input type="checkbox"/>	7				
4. ... hat mein Kind sich ängstlich oder unsicher gefühlt	<input type="checkbox"/>	8				

### 3. Selbstwert

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer	
1. ... war mein Kind stolz auf sich	<input type="checkbox"/>	9				
2. ... fühlte mein Kind sich wohl in seiner Haut	<input type="checkbox"/>	10				
3. ... mochte mein Kind sich selbst leiden	<input type="checkbox"/>	11				
4. ... hatte mein Kind viele gute Ideen	<input type="checkbox"/>	12				

#### 4. Familie

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer	
1. ... hat mein Kind sich gut mit uns als Eltern verstanden	<input type="checkbox"/>	13				
2. ... hat mein Kind sich zu Hause wohl gefühlt	<input type="checkbox"/>	14				
3. ... hatten wir schlimmen Streit zu Hause	<input type="checkbox"/>	15				
4. ... fühlte mein Kind sich durch mich bevormundet	<input type="checkbox"/>	16				

#### 5. Freunde

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer	
1. ... hat mein Kind mit Freunden gespielt	<input type="checkbox"/>	17				
2. ... ist mein Kind bei anderen „gut angekommen“	<input type="checkbox"/>	18				
3. ... hat mein Kind sich gut mit seinen Freunden verstanden	<input type="checkbox"/>	19				
4. ... hatte mein Kind das Gefühl, daß es anders ist als die anderen	<input type="checkbox"/>	20				

#### 6. Vorschule / Kindergarten

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer	
1. ... hat mein Kind die Aufgaben in der Vorschule/ im Kindergarten gut geschafft	<input type="checkbox"/>	21				
2. ... hat meinem Kind die Vorschule/ der Kindergarten Spaß gemacht	<input type="checkbox"/>	22				
3. ... hat mein Kind sich auf die Vorschule/ den Kindergarten gefreut	<input type="checkbox"/>	23				
4. ... hat mein Kind bei kleineren Aufgaben oder Hausaufgaben viele Fehler gemacht	<input type="checkbox"/>	24				

## 7. Weitere wichtige Fragen

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer	
1. ... war mein Kind schlecht gelaunt und quengelig	<input type="checkbox"/>	25				
2. ... hat mein Kind mit Appetit gegessen	<input type="checkbox"/>	26				
3. ... konnte ich geduldig und verständnisvoll mit meinem Kind umgehen	<input type="checkbox"/>	27				
4. ... war mein Kind angestrengt	<input type="checkbox"/>	28				
5. ... konnte mein Kind gut schlafen	<input type="checkbox"/>	29				
6. ... ist mein Kind viel herumgetobt und hat sich bewegt	<input type="checkbox"/>	30				
7. ... hat mein Kind schnell geweint	<input type="checkbox"/>	31				
8. ... war mein Kind fröhlich und gut gelaunt	<input type="checkbox"/>	32				
9. ... konnte sich mein Kind gut konzentrieren und war aufmerksam	<input type="checkbox"/>	33				
10. ... ließ sich mein Kind leicht ablenken und war zerstreut	<input type="checkbox"/>	34				
11. ... war mein Kind gern mit anderen Kindern zusammen	<input type="checkbox"/>	35				
12. ... habe ich mit meinem Kind geschimpft	<input type="checkbox"/>	36				
13. ... habe ich mein Kind gelobt	<input type="checkbox"/>	37				
14. ... hatte mein Kind Schwierigkeiten mit Lehrern, Kindergärtnerinnen oder anderen Betreuungspersonen	<input type="checkbox"/>	38				
15. ... war mein Kind nervös und zappelig	<input type="checkbox"/>	39				
16. ... war mein Kind frisch und munter	<input type="checkbox"/>	40				
17. ... hat mein Kind wegen Schmerzen gejammert	<input type="checkbox"/>	41				
18. ... war mein Kind kontaktfreudig	<input type="checkbox"/>	42				
19. ... klappte alles, was mein Kind anging	<input type="checkbox"/>	43				
20. ... war mein Kind schnell unzufrieden	<input type="checkbox"/>	44				
21. ... hat mein Kind heftig geweint	<input type="checkbox"/>	45				
22. ... wurde mein Kind leicht wütend	<input type="checkbox"/>	46				

8. Ist Ihr Kind gerade im Krankenhaus oder hat es eine längere Krankheit?

Ja

Nein

47

beantworten Sie bitte die  
nächsten 6 Fragen

dann ist der Fragebogen  
nun zu ende

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manch- mal	oft	immer	
1. ... hatte mein Kind Angst, die Erkrankung könnte schlimmer werden	<input type="checkbox"/>	48				
2. ... war mein Kind wegen der Erkrankung traurig	<input type="checkbox"/>	49				
3. ... kam mein Kind mit der Erkrankung gut zurecht	<input type="checkbox"/>	50				
4. ... habe ich mein Kind wegen der Erkrankung so behandelt, als ob es jünger wäre	<input type="checkbox"/>	51				
5. ... wollte mein Kind, daß keiner etwas von der Erkrankung merkt	<input type="checkbox"/>	52				
6. ... hat mein Kind wegen der Erkrankung in der Vorschule/ im Kindergarten etwas verpaßt	<input type="checkbox"/>	53				

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

# Fragebogen für Kinder

Kid-KINDL<sup>®</sup>



Hallo,

wir möchten gerne wissen, wie es Dir zur Zeit geht. Dazu haben wir uns einige Fragen ausgedacht und bitten Dich um Deine Antwort.

- ⇒ Lies bitte jede Frage durch,
- ⇒ überlege, wie es in der letzten Woche war,
- ⇒ kreuze die Antwort an, die am besten zu Dir paßt.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Wichtig ist uns Deine Meinung.

Ein Beispiel: 	nie	selten	manchmal	oft	Immer
In der letzten Woche habe ich gerne Musik gehört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bogen ausgefüllt am:

\_\_\_\_\_

Tag/Monat/Jahr

PLATZ  
FÜR AUFKLEBER  
ODER  
ID-NUMMER

Bitte sage uns zunächst etwas zu Dir. Kreuze an oder trage ein!

Ich bin ein  Mädchen  Junge

Ich bin \_\_\_\_\_ Jahre alt

Wieviele Geschwister hast Du?  0  1  2  3  4   
5  über 5

Welche Schule besuchst Du?  Grundschule  Hauptschule  Realschule  
 Gesamtschule  Gymnasium  Sonderschule  
 privater Unterricht



**1. Zuerst möchten wir etwas über Deinen Körper wissen, ...**

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manch- mal	oft	immer	
1. ... habe ich mich krank gefühlt	<input type="checkbox"/>	1				
2. ... hatte ich Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	2				
3. ... war ich müde und schlapp	<input type="checkbox"/>	3				
4. ... hatte ich viel Kraft und Ausdauer	<input type="checkbox"/>	4				

**2. ... dann etwas darüber, wie Du Dich fühlst ...**

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manch- mal	oft	immer	
1. ... habe ich viel gelacht und Spaß gehabt	<input type="checkbox"/>	5				
2. ... war mir langweilig	<input type="checkbox"/>	6				
3. ... habe ich mich allein gefühlt	<input type="checkbox"/>	7				
4. ... habe ich Angst gehabt	<input type="checkbox"/>	8				

**3. ... und was Du selbst von Dir hältst.**

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manch- mal	oft	immer	
1. ... war ich stolz auf mich	<input type="checkbox"/>	9				
2. ... fand ich mich gut	<input type="checkbox"/>	10				
3. ... mochte ich mich selbst leiden	<input type="checkbox"/>	11				
4. ... hatte ich viele gute Ideen	<input type="checkbox"/>	12				

#### 4. In den nächsten Fragen geht es um Deine Familie ...

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer	
1. ... habe ich mich gut mit meinen Eltern verstanden	<input type="checkbox"/>	13				
2. ... habe ich mich zu Hause wohl gefühlt	<input type="checkbox"/>	14				
3. ... hatten wir schlimmen Streit zu Hause	<input type="checkbox"/>	15				
4. ... haben mir meine Eltern Sachen verboten	<input type="checkbox"/>	16				

#### 5. ... und danach um Freunde.

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer	
1. ... habe ich mit Freunden gespielt	<input type="checkbox"/>	17				
2. ... mochten mich die anderen Kinder	<input type="checkbox"/>	18				
3. ... habe ich mich mit meinen Freunden gut verstanden	<input type="checkbox"/>	19				
4. ... hatte ich das Gefühl, daß ich anders bin als die anderen	<input type="checkbox"/>	20				

#### 6. Nun möchten wir noch etwas über die Schule wissen.

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer	
1. ... habe ich die Schulaufgaben gut geschafft	<input type="checkbox"/>	21				
2. ... hat mir der Unterricht Spaß gemacht	<input type="checkbox"/>	22				
3. ... habe ich mich auf die nächsten Wochen gefreut	<input type="checkbox"/>	23				
4. ... habe ich Angst vor schlechten Noten gehabt	<input type="checkbox"/>	24				

7. Bist Du gerade im Krankenhaus oder hast Du eine längere Krankheit?

Ja

Nein

25

beantworte bitte die nächsten 6 Fragen

dann hast Du es jetzt geschafft

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manch- mal	oft	immer	
1. ... hatte ich Angst, meine Erkrankung könnte schlimmer werden	<input type="checkbox"/>	26				
2. ... war ich wegen meiner Erkrankung traurig	<input type="checkbox"/>	27				
3. ... kam ich mit meiner Erkrankung gut zurecht	<input type="checkbox"/>	28				
4. ... behandelten mich meine Eltern wegen der Erkrankung wie ein kleines Kind	<input type="checkbox"/>	29				
5. ... wollte ich, daß keiner etwas von meiner Erkrankung merkt	<input type="checkbox"/>	30				
6. ... habe ich wegen der Erkrankung in der Schule etwas verpaßt	<input type="checkbox"/>	31				

**VIELEN DANK FÜR DEINE MITARBEIT!**

# Fragebogen zur Lebensqualität von Kindern & Jugendlichen

8-16 Jahre  
Elternversion Kindl<sup>R</sup>  
Elternversion



Sehr geehrte Mutter, sehr geehrter Vater,

vielen Dank, daß Sie sich bereit erklärt haben, diesen Bogen zum Wohlbefinden und zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität Ihres Kindes auszufüllen.

Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen folgende Hinweise.

- ⇒ Lesen Sie bitte jede Frage genau durch,
- ⇒ überlegen Sie, wie Ihr Kind sich in der letzten Woche gefühlt hat,
- ⇒ kreuzen Sie die Antwort an, die für Ihr Kind am besten zutrifft.

Ein Beispiel:

In der letzten Woche ...



... hat mein Kind gut geschlafen

nie	selten	manch- mal	oft	immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mein Kind ist ein: Mädchen  Junge  Alter des Kindes: \_\_\_ Jahre

Sie sind: Mutter  Vater  Sonstiges  \_\_\_\_\_

Ausfülldatum: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (Tag / Monat / Jahr)

### 1. Körperliches Wohlbefinden

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manch- mal	oft	immer
1. ... hat mein Kind sich krank gefühlt	<input type="checkbox"/>				
2. ... hatte mein Kind Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>				
3. ... war mein Kind müde und schlapp	<input type="checkbox"/>				
4. ... hatte mein Kind viel Kraft und Ausdauer	<input type="checkbox"/>				

### 2. Seelisches Wohlbefinden

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manch- mal	oft	immer
1. ... hat mein Kind viel gelacht und Spaß gehabt	<input type="checkbox"/>				
2. ... hatte mein Kind zu nichts Lust	<input type="checkbox"/>				
3. ... hat mein Kind sich allein gefühlt	<input type="checkbox"/>				
4. ... hat mein Kind sich ängstlich oder unsicher gefühlt	<input type="checkbox"/>				

### 3. Selbstwert

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manch- mal	oft	immer
1. ... war mein Kind stolz auf sich	<input type="checkbox"/>				
2. ... fühlte mein Kind sich wohl in seiner Haut	<input type="checkbox"/>				
3. ... mochte mein Kind sich selbst leiden	<input type="checkbox"/>				
4. ... hatte mein Kind viele gute Ideen	<input type="checkbox"/>				



7. Ist Ihr Kind gerade im Krankenhaus oder hat es eine längere Krankheit?

Ja

Nein

beantworten Sie bitte die  
nächsten 6 Fragen

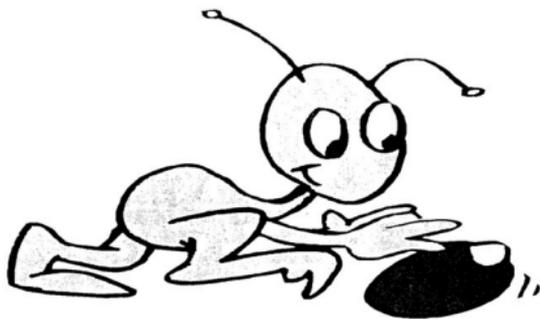
dann ist der Fragebogen  
nun zu ende

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manch- mal	oft	immer
1. ... hatte mein Kind Angst, die Erkrankung könnte schlimmer werden	<input type="checkbox"/>				
2. ... war mein Kind wegen der Erkrankung traurig	<input type="checkbox"/>				
3. ... kam mein Kind mit der Erkrankung gut zurecht	<input type="checkbox"/>				
4. ... habe ich mein Kind wegen der Erkrankung so behandelt, als ob es ein kleines Kind wäre	<input type="checkbox"/>				
5. ... wollte mein Kind, daß keiner etwas von der Erkrankung merkt	<input type="checkbox"/>				
6. ... hat mein Kind wegen der Erkrankung in der Schule etwas verpaßt	<input type="checkbox"/>				

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

# Fragebogen für Jugendliche

Kiddo-KINDL<sup>®</sup>



Hallo,  
wir möchten gerne wissen, wie es Dir zur Zeit geht. Dazu haben wir uns einige Fragen ausgedacht und bitten Dich um Deine Antwort.

- ⇒ Lies bitte jede Frage durch,
- ⇒ überlege, wie es in der letzten Woche war,
- ⇒ kreuze die Antwort an, die am besten zu Dir paßt.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.  
Wichtig ist uns Deine Meinung.

Ein Beispiel: 	nie	selten	manchmal	oft	Immer
In der letzten Woche habe ich gerne Musik gehört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bogen ausgefüllt am:

\_\_\_\_\_  
Tag/Monat/Jahr

PLATZ  
FÜR AUFKLEBER  
ODER  
ID-NUMMER

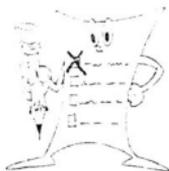
Bitte sage uns zunächst etwas zu Dir. Kreuze an oder trage ein!

Ich bin ein  Mädchen  Junge

Ich bin \_\_\_\_\_ Jahre alt

Wie viele Geschwister hast Du?  0  1  2  3  4  
 5  über 5

Welche Schule besuchst Du?  Grundschule  Hauptschule  Realschule  
 Gesamtschule  Gymnasium  Sonderschule  
 privater Unterricht



**1. Zuerst möchten wir etwas über Deinen Körper wissen, ...**

In der letzten Woche ...	nie	selten	manchmal	oft	immer	
1. ... habe ich mich krank gefühlt	<input type="checkbox"/>	1				
2. ... hatte ich Schmerzen	<input type="checkbox"/>	2				
3. ... war ich müde und erschöpft	<input type="checkbox"/>	3				
4. ... hatte ich viel Kraft und Ausdauer	<input type="checkbox"/>	4				

**2. ... dann etwas darüber, wie Du Dich fühlst ...**

In der letzten Woche ...	nie	selten	manchmal	oft	immer	
1. ... habe ich viel gelacht und Spaß gehabt	<input type="checkbox"/>	5				
2. ... war mir langweilig	<input type="checkbox"/>	6				
3. ... habe ich mich allein gefühlt	<input type="checkbox"/>	7				
4. ... habe ich mich ängstlich oder unsicher gefühlt	<input type="checkbox"/>	8				

**3. ... und was Du selbst von Dir hältst.**

In der letzten Woche ...	nie	selten	manchmal	oft	immer	
1. ... war ich stolz auf mich	<input type="checkbox"/>	9				
2. ... fühlte ich mich wohl in meiner Haut	<input type="checkbox"/>	10				
3. ... mochte ich mich selbst leiden	<input type="checkbox"/>	11				
4. ... hatte ich viele gute Ideen	<input type="checkbox"/>	12				

#### 4. In den nächsten Fragen geht es um Deine Familie ...

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manch- mal	oft	immer	
1. ... habe ich mich gut mit meinen Eltern verstanden	<input type="checkbox"/>	13				
2. ... habe ich mich zu Hause wohl gefühlt	<input type="checkbox"/>	14				
3. ... hatten wir schlimmen Streit zu Hause	<input type="checkbox"/>	15				
4. ... fühlte ich mich durch meine Eltern eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	16				

#### 5. ... und danach um Freunde.

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manch- mal	oft	immer	
1. ... habe ich etwas mit Freunden zusammen gemacht	<input type="checkbox"/>	17				
2. ... bin ich bei anderen „gut angekommen“	<input type="checkbox"/>	18				
3. ... habe ich mich mit meinen Freunden gut verstanden	<input type="checkbox"/>	19				
4. ... hatte ich das Gefühl, daß ich anders bin als die anderen	<input type="checkbox"/>	20				

#### 6. Nun möchten wir noch etwas über die Schule wissen.

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manch- mal	oft	immer	
1. ... habe ich die Aufgaben in der Schule gut geschafft	<input type="checkbox"/>	21				
2. ... hat mich der Unterricht interessiert	<input type="checkbox"/>	22				
3. ... habe ich mir Sorgen um meine Zukunft gemacht	<input type="checkbox"/>	23				
4. ... habe ich Angst vor schlechten Noten gehabt	<input type="checkbox"/>	24				

7. Bist Du gerade im Krankenhaus oder hast Du eine längere Krankheit?

Ja

Nein

25

beantworte bitte die nächsten 6 Fragen

dann hast Du es jetzt geschafft

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manch- mal	oft	immer	
1. ... hatte ich Angst, meine Erkrankung könnte schlimmer werden	<input type="checkbox"/>	26				
2. ... war ich wegen meiner Erkrankung traurig	<input type="checkbox"/>	27				
3. ... kam ich mit meiner Erkrankung gut zurecht	<input type="checkbox"/>	28				
4. ... behandelten mich meine Eltern wegen der Erkrankung wie ein kleines Kind	<input type="checkbox"/>	29				
5. ... wollte ich, daß keiner etwas von meiner Erkrankung merkt	<input type="checkbox"/>	30				
6. ... habe ich wegen der Erkrankung in der Schule etwas verpaßt	<input type="checkbox"/>	31				

**VIELEN DANK FÜR DEINE MITARBEIT!**

## GIESSENER BESCHWERDEBOGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE (GKB-KJ)

Wie heißt Du?

Wie alt bist Du?

Manchmal fühlen sich Jungen und Mädchen nicht wohl. Sie leiden unter bestimmten körperlichen Beschwerden oder es tut ihnen etwas weh. Überlege nun bitte, unter welchen Beschwerden Du leidest und mache ein X in die entsprechende Spalte, je nachdem wie häufig die Beschwerden auftreten. Es kann sein, daß Du etwas nicht verstehst. Dann mache einfach ein Fragezeichen an den Rand.

Du kannst bei diesen Fragen nichts falsch machen.

	nie	selten	manchmal	oft	dau-crnd
01. Schwächegefühl					
02. Herzklopfen, -jagen oder -stolpern					
03. Bauchweh					
04. Weinen					
05. Hautjucken, Hautausschlag					
06. Unterleibsschmerzen (Schmerzen im Unterbauch)					
07. Schmerzen in den Armen					
08. Schwarz vor den Augen werden					
09. Müdigkeit					
10. Schmerzen im Knie					
11. Schwindelgefühl					
12. Gelenk- oder Gliederschmerzen					
13. Kreuz- oder Rückenschmerzen					
14. Nacken- oder Schulterschmerzen					
15. Stolpern oder Hinfallen					
16. Erbrechen (sich übergeben, kotzen)					
17. Verschwommen sehen					
18. Übelkeit					

	nie	selten	manchmal	oft	dauernd
19. Schmerzen im Bein					
20. Häufig zum Klo rennen müssen					
21. Flimmern vor den Augen					
22. Frieren					
23. Sodbrennen oder saures Aufstoßen					
24. Verkrampfung im Arm oder in der Hand					
25. Kopfschmerzen					
26. Schnell müde werden					
27. Schwanken und Torkeln					
28. Husten					
29. Gefühl der Benommenheit (nicht ganz da sein)					
30. Brennen oder Kribbeln in Händen und Füßen					
31. Verstopfung (nicht aufs Klo können)					
32. Schmerzen in den Füßen					
33. Kalte Hände					
34. Einschlafen von Armen oder Beinen					
35. Nachts aufwachen					
36. Keinen Appetit					
37. Mattigkeit (schlapp sein)					
38. Durchfall					
39. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust					
40. Zittern					
41. Halsschmerzen					
42. Kalte Füße					
43. Freßanfälle					
44. Magenschmerzen					
45. Atemnot (keine Luft kriegen)					

	nie	selten	manch- mal	oft	dau- ernd
46. Druckgefühl im Kopf					
47. Rasche Erschöpfbarkeit					
48. Erstickungsgefühl					
49. Verstopfte Nase					
50. Zappeligkeit					
51. Hitzegefühl					
52. Hautunreinheiten, Pickel					
53. Schnupfen					
54. Druck- oder Völlegefühl im Leib					
55. übermäßiges Schlafbedürfnis					
56. Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals					
57. Aufstoßen					
58. Schweregefühl oder Müdigkeit in den Beinen					
59. anfallsweise Halsbeschwerden					

Falls Du noch andere Beschwerden hast, die in der Liste nicht vorkommen, kannst Du diese hier aufschreiben:

---



---



---



---



---



---

Liste der Leitbeschwerden  
("stark")

Auswertungsblatt

Name:

Alter:

Datum:

Berechnung der Skalen-Rohwerte:  
Erschöpfung E:  $9 + 26 + 37 + 47 + 51 + 55 + 58 =$

Magensymptomatik M:  $3 + 6 + 16 + 18 + 20 + 38 + 44 =$

Gliederschmerzen G:  $7 + 10 + 12 + 14 + 19 + 24 + 32 =$

Kreislaufsymptomatik K:  $8 + 11 + 17 + 21 + 27 + 29 + 59 =$

Erkältungssymptomatik ES:  $22 + 28 + 33 + 41 + 42 + 49 + 53 =$

Beschwerdedruck B:  $E + M + G + K + ES =$

Jungen		Q <sub>1</sub>	Q <sub>2</sub>	Q <sub>3</sub>	Q <sub>4</sub>	Q <sub>1</sub>	Q <sub>2</sub>	Q <sub>3</sub>	Q <sub>4</sub>	Mädchen	
E	9-11	0-1	2-3	4-6	7-	0-2	3-4	5-6	7-	E	9-11
	12-13	0-2	3-5	6-7	8-	0-4	5-6	7-10	10-		12-13
	14-15	0-3	4-6	7-9	10-	0-6	7-9	10-12	13-		14-15
M	9-11	0-2	3-4	5-6	7-	0-3	4-5	6-7	8-	M	9-11
	12-13	0-2	3-4	5-6	7-	0-4	5-6	7-8	9-		12-13
	14-15	0-1	2-3	4-6	7-	0-4	5-6	7-9	10-		14-15
G	9-11	0-0	1	2-5	6-	0	1-2	3-5	6-	G	9-11
	12-13	0-1	2-3	4-6	7-	0-2	3-4	5-8	9-		12-13
	14-15	0-1	2-3	4-5	6-	0-1	2-4	5-7	8-		14-15
K	9-11	0	1	2-3	4-	0	1	2	3-	K	9-11
	12-13	0	1-	2-3	4-	0-1	2-3	4-6	7-		12-13
	14-15	0	1-2	3-4	5-	0-2	3-5	6-8	9-		14-15
ES	9-11	0-4	5-6	7-10	11-	0-6	7-9	10-11	12-	ES	9-11
	12-13	0-4	5-6	7-9	10-	0-7	8-9	10-12	12-		12-13
	14-15	0-4	5-7	8-10	11-	0-7	8-10	11-14	15-		14-15
B	9-11	0-13	14-20	21-31	32-	0-18	19-25	26-33	34-	B	9-11
	12-13	0-15	16-24	25-32	33-	0-26	27-35	36-42	43-		12-13
	14-15	0-16	17-25	26-36	37-	0-28	29-40	41-51	52-		14-15