

Patient: _____
(Bitte hier den Patientennamen eintragen)

(Tag) (Monat) (Jahr)

In den folgenden Fragen geht es darum, wie es Ihrem Kind mit seiner Krankheit im Augenblick ergeht. **Bitte beantworten Sie jede Frage.**

Wie stark war Ihr Kind in den vergangenen 7 Tagen bei der Erledigung seiner täglichen Aufgaben eingeschränkt?

Die nachfolgenden Skalen gehen von „0“ bis „10“. Wenn Ihr Kind z.B. die alltäglichen Tätigkeiten ohne Schwierigkeiten ausführen konnte, kreuzen Sie bitte das Kästchen [0] an. Wenn es diese Tätigkeiten gar nicht oder nur mit fremder Hilfe ausführen konnte, kreuzen Sie bitte [10] an. Ansonsten kreuzen Sie eine Zahl dazwischen an. Bitte entscheiden Sie sich für eine Zahl.

In den vergangenen 7 Tagen war mein Kind

nicht eingeschränkt ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 maximal eingeschränkt

Wie würden Sie die Stärke der Schmerzen Ihres Kindes einschätzen?

In den vergangenen 7 Tagen hatte mein Kind

keine Schmerzen ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 unerträgliche Schmerzen

Wie beurteilen Sie im großen und ganzen den derzeitigen Gesundheitszustand Ihres Kindes?

sehr gut ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 sehr schlecht

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Funktionseinschränkungen im Alltag. Kreuzen Sie bitte jeweils nur die Antwort an, die Möglichkeiten Ihres Kindes in der vergangenen Woche beschreibt. Notieren Sie bitte nur die auf der Erkrankung beruhenden Schwierigkeiten und Beeinträchtigungen. Wenn Ihr Kind eine der unten aufgeführten Tätigkeiten üblicherweise noch nicht ausführen kann, weil es zu jung ist, dann kreuzen Sie bitte „trifft nicht zu“ an.

	problem- los	leicht erschwert	stark erschwert	nicht möglich	trifft nicht zu
1. Anziehen und Körperpflege					
Kann Ihr Kind sich allein:					
• anziehen, die Schnürsenkel binden, Knöpfe schließen oder öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• die Haare waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• die Socken an- oder ausziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• die Fingernägel schneiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Aufstehen					
Kann Ihr Kind:					
• von einem niedrigen Stuhl oder vom Boden aufstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sich ins Bett legen, aus dem Bett aufstehen oder sich im Laufstall aufrichten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Essen					
Kann Ihr Kind allein:					
• bei Tisch ein Messer zum Schneiden benutzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• eine Tasse oder ein Glas zum Mund führen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• eine neue Packung Cornflakes oder Müsli öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Laufen					
Kann Ihr Kind allein:					
• draußen auf ebenem Boden gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• fünf Stufen hinaufgehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Körperpflege					
Kann Ihr Kind sich allein:					
• am ganzen Körper waschen und abtrocknen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• baden (in die Wanne ein- und aussteigen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• auf die Toilette bzw. aufs Töpfchen gehen und wieder aufstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• die Zähne putzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• die Haare kämmen oder bürsten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beachten Sie auch die Fragen auf der Rückseite!

	problem- los	leicht erschwert	stark erschwert	nicht möglich	trifft nicht zu
6. Reichweite					
Kann Ihr Kind:					
• einen schweren Gegenstand, z.B. ein großes Spiel oder Bücher, über Kopfhöhe erreichen und herunterholen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sich bücken, um ein Kleidungsstück oder ein Blatt Papier vom Boden aufzuheben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• einen Pullover über den Kopf anziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• den Kopf drehen, um über die Schulter zurückzuschauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Greifen					
Kann Ihr Kind:					
• mit Kugelschreiber oder Bleistift schreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autotüren öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schraubverschlüsse aufmachen, die schon einmal geöffnet waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Wasserhähne auf- und zudrehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• eine Tür mit einem Türknauf öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Aktivitäten					
Kann Ihr Kind:					
• allein einkaufen und Kleinigkeiten erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• in Auto, Bus oder Straßenbahn ein- u. aussteigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fahrrad fahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Haushalt helfen (z.B. abwaschen, Müll wegbringen, staubsaugen, bei der Gartenarbeit helfen, sein Bett machen, sein Zimmer aufräumen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• rennen und spielen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuzen Sie alle Hilfsmittel an, die Ihr Kind gewöhnlich für eine der folgenden Tätigkeiten benutzt:

☐ Mein Kind benötigt keine Hilfsmittel

Mein Kind benötigt für die angegebenen Tätigkeiten folgende Hilfsmittel:

1. Ankleiden und Körperpflege: ☐ Hilfsmittel zum Anziehen, z.B. Knöpfhaken, Reißverschlusszieher, verlängerten Schuhlöffel
2. Aufstehen: ☐ Spezialstuhl oder erhöhten Stuhl
3. Essen und Trinken: ☐ besondere Hilfsmittel beim Essen u. Trinken, z.B. besonderes Besteck
4. Gehen: ☐ Gehstützen
☐ Therapieroller, -fahrrad
☐ Rollstuhl
5. Hygiene: ☐ erhöhten Toilettensitz
☐ Badewannensitz
☐ Haltegriff an der Badewannenstange
6. Erreichen von Gegenständen: ☐ Geräte mit langen Stielen zum Erreichen bestimmter Gegenstände
7. Greifen: ☐ Geräte mit langen Stielen im Badezimmer
☐ Schraubverschluss-Öffner für Gläser (die schon vorher geöffnet waren)
☐ Bleistiftverdickung oder spezielle Schere oder Schreibgeräte

Bitte kreuzen Sie die Bereiche an, in denen Ihr Kind aufgrund seiner Erkrankung normalerweise Hilfe von anderen benötigt:

☐ keine fremde Hilfe erforderlich

Mein Kind benötigt Hilfe in folgenden Bereichen:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ankleiden, Körperpflege | <input type="checkbox"/> Gehen | <input type="checkbox"/> Greifen |
| <input type="checkbox"/> Aufstehen | <input type="checkbox"/> Hygiene | <input type="checkbox"/> Besorgungen und |
| <input type="checkbox"/> Essen | <input type="checkbox"/> Erreichen von Gegenständen | häusliche Aufgaben |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !