

Hier bitte  
„Einrichtungsetikett“  
aufkleben!

ID-Nr.: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bitte ID-Nummer eintragen unter welcher Pat. geführt wird!

Hier Etikett für neue / erstmalig dokumentierte Patientinnen und Patienten aufkleben!

## Fragebogen für Eltern Patientinnen und Patienten unter 12 Jahre

Wie Sie dem Informationsblatt entnommen haben, möchten wir Sie bitten, den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen. **Bitte versuchen Sie, jede Frage zu beantworten.**

<b>Wann begannen die rheumatischen Beschwerden Ihres Kindes?</b>	_____	Hier bitte nichts eintragen!																								
	(Monat/Jahr)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																								
<b>Wann wurde Ihr Kind zum ersten Mal kinderrheumatologisch betreut?</b> (ambulant oder im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes)	_____																									
	(Monat/Jahr)																									
<b>Seit wann wird Ihr Kind in dieser Ambulanz/Sprechstunde betreut?</b> Gilt nur für ambulant behandelte Patienten.	_____																									
	(Monat/Jahr)																									
<b>Hat Ihr Kind in den <u>letzten 4 Wochen</u> wegen seiner rheumatischen Krankheit im Kindergarten oder in der Schule gefehlt?</b>																										
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, und zwar: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Tage																										
<b>War Ihr Kind in den <u>letzten 12 Monaten</u> wegen seiner rheumatischen Krankheit stationär im Krankenhaus?</b>																										
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, und zwar: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Wochen und <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> Tage																										
<b>Welche der folgenden Behandlungen hat Ihr Kind in den <u>letzten 12 Monaten</u> erhalten?</b> Bitte geben Sie nur solche Behandlungen an, die <b>ärztlich</b> verordnet worden sind und die Ihr Kind ambulant, also <b>nicht</b> während eines Krankenhausaufenthaltes bzw. einer Rehabilitations- oder Kurmaßnahme, erhalten hat.																										
<input type="radio"/> Krankengymnastik (einzeln oder in der Gruppe) <input type="radio"/> Bewegungsbad (einzeln oder in der Gruppe)																										
<input type="radio"/> Ergotherapie (z.B. Gelenkschutzberatung, Hilfsmittel) <input type="radio"/> mein Kind hat <b>keine</b> derartige Behandlung erhalten																										
<b>Haben Sie oder hat Ihr Kind in den <u>letzten 12 Monaten</u> an einer Schulung für Eltern oder Patientinnen und Patienten teilgenommen?</b> Zum Beispiel an einem Schulungswochenende der Rheuma-Liga oder während eines Krankenhausaufenthaltes bzw. einer Rehabilitations- oder Kurmaßnahme.																										
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja																										
<b>Hat Ihr Kind innerhalb der <u>letzten 12 Monate</u> wegen seiner rheumatischen Erkrankung an einer Rehabilitations- oder Kurmaßnahme teilgenommen?</b>																										
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja																										
<b>Verwendet Ihr Kind orthopädische Hilfsmittel?</b>																										
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, und zwar:	<input type="radio"/> Schienen oder Bandagen (z.B. Kniegelenkbandagen, Handgelenkschienen)																									
	<input type="radio"/> orthopädische Schuhe																									
	<input type="radio"/> Halsmanschette																									
	<input type="radio"/> Einlagen/Sohlenerhöhung																									

<b>An wie vielen Tagen einer <u>normalen Woche</u> ist Ihr Kind für mindestens 60 Minuten am Tag körperlich aktiv?</b>			
<input type="radio"/> an 7 Tagen <input type="radio"/> an 6 Tagen <input type="radio"/> an 5 Tagen			
<input type="radio"/> an 4 Tagen <input type="radio"/> an 3 Tagen <input type="radio"/> an 2 Tagen			
<input type="radio"/> an einem Tag <input type="radio"/> an keinem Tag			
<b>Treibt Ihr Kind Sport?</b> Alle Arten von Sport im Verein oder außerhalb eines Vereins ( <u>außer Schulsport</u> bzw. <u>außer Bewegungsangebote im Kindergarten</u> ).			
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja			
<b><u>Wenn nein</u>, warum treibt Ihr Kind keinen Sport?</b>			
<input type="radio"/> zu jung <input type="radio"/> kein Interesse <input type="radio"/> gesundheitliche Gründe <input type="radio"/> keine Zeit			
<input type="radio"/> kein passendes Angebot in der Nähe <input type="radio"/> sonstiges: _____			
<b><u>Wenn ja</u>, treibt Ihr Kind aktiv in einem Verein Sport?</b>			
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja			

Mit Hilfe der nachfolgenden Fragen möchten wir erfahren, ob Ihr Kind im Alltag durch seine rheumatische Erkrankung beeinträchtigt ist. Kreuzen Sie bitte jeweils nur die Antwort an, die am besten seine Möglichkeiten 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 „altersbedingt nicht möglich“ an.

	problem- los	leicht erschwert	stark erschwert	nicht möglich	alters- bedingt nicht möglich
<b>1. Anziehen und Körperpflege</b>					
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"/>
<b>2. Aufstehen</b>					
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"/>
<b>3. Essen und Trinken</b>					
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"/>
<b>4. Gehen</b>					
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"/>
<b>5. Körperpflege</b>					
Kann Ihr Kind allein:					
• sich 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"/>
• sich die Zähne putzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sich die Haare kämmen oder bürsten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Erreichen von Gegenständen</b>					
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"/>
<b>7. Greifen</b>					
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"/>
<b>8. Aktivitäten und häusliche Aufgaben</b>					
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, Staub saugen, 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. Anziehen und Körperpflege:  Hilfsmittel zum Anziehen, z.B. Knöpfhaken, Reißverschlusszieher, verlängerten Schuhlöcher
- 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. Körperpflege:  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

andere Hilfsmittel für die genannten Tätigkeiten: \_\_\_\_\_

**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:

- Anziehen
- Gehen
- Greifen
- Aufstehen
- Körperpflege
- Aktivitäten und häusliche Aufgaben
- Essen und Trinken
- Erreichen von Gegenständen

©CHAQ

Nun möchten wir von Ihnen erfahren, wie es Ihrem Kind mit seiner Krankheit im Augenblick geht. Die nachfolgenden Skalen gehen von „0“ bis „10“. Wenn Sie z.B. den Gesundheitszustand Ihres Kindes als sehr gut einschätzen, kreuzen Sie bitte den Anfangspunkt (ersten Kreis) an. Wenn Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes als sehr schlecht einschätzen, kreuzen Sie den Endpunkt (letzten Kreis) an. Ansonsten entscheiden Sie sich für einen Kreis zwischen dem Anfangs- und Endpunkt.

**Wie beurteilen Sie im Großen und Ganzen den derzeitigen Gesundheitszustand Ihres Kindes?**

sehr gut      ○      sehr schlecht  
 0 0.5 1 1.5 2 2.5 3 3.5 4 4.5 5 5.5 6 6.5 7 7.5 8 8.5 9 9.5 10



**Wie würden Sie die Schmerzen Ihres Kindes in den vergangenen 7 Tagen einschätzen?**

keine Schmerzen      ○      sehr starke Schmerzen  
 0 0.5 1 1.5 2 2.5 3 3.5 4 4.5 5 5.5 6 6.5 7 7.5 8 8.5 9 9.5 10

**Hat Ihr Kind in den vergangenen 7 Tagen unter ungewöhnlicher Erschöpfung und Müdigkeit gelitten?**

gar nicht      ○      sehr stark  
 0 0.5 1 1.5 2 2.5 3 3.5 4 4.5 5 5.5 6 6.5 7 7.5 8 8.5 9 9.5 10

**Wie aktiv ist die rheumatische Erkrankung aktuell?**

nicht aktiv      ○      hoch aktiv  
      0 0.5 1 1.5 2 2.5 3 3.5 4 4.5 5 5.5 6 6.5 7 7.5 8 8.5 9 9.5 10      

**Wie kommt Ihr Kind zurzeit mit seiner Krankheit zurecht?**

sehr gut      ○      sehr schlecht  
 0 0.5 1 1.5 2 2.5 3 3.5 4 4.5 5 5.5 6 6.5 7 7.5 8 8.5 9 9.5 10

Welche der folgenden Infektionskrankheiten sind in den letzten 12 Monaten bei Ihrem Kind aufgetreten und wie oft:

- Erkältung, grippaler Infekt [ ] [ ] mal
- Angina (Mandelentzündung) [ ] [ ] mal
- Herpes-Infektion: Bläschen an Lippen/Nase, Mundfäule (Stomatitis aphthosa) [ ] [ ] mal
- Bronchitis (nicht bei Asthma) [ ] [ ] mal
- Pseudokrupp/Krupp-Syndrom [ ] [ ] mal
- Durchfall, Magen-Darm-Infektion [ ] [ ] mal
- Blasen- und/oder Harnwegsentzündung [ ] [ ] mal
- Eitrige Bindehautentzündung (bakterielle Konjunktivitis) [ ] [ ] mal
- Mund- und/oder Windelsoor [ ] [ ] mal
- Lungenentzündung (Pneumonie) [ ] [ ] mal
- Mittelohrentzündung (Otitis media) [ ] [ ] mal
- Warzen [ ] [ ] mal
- andere: \_\_\_\_\_ [ ] [ ] mal

Musste Ihr Kind in den letzten 12 Monaten Antibiotika oder antivirale Medikamente (z.B. Aciclovir/Zostex/Brivudin/Valaciclovir/Ganciclovir) einnehmen?

- nein  ja

Falls ja, nennen Sie bitte die Erkrankung (z.B. Angina, Lungenentzündung, Gürtelrose) und wie häufig Antibiotika/antivirale Medikamente in den letzten 12 Monaten erforderlich waren?

1. \_\_\_\_\_ [ ] [ ] mal
2. \_\_\_\_\_ [ ] [ ] mal
3. \_\_\_\_\_ [ ] [ ] mal
4. \_\_\_\_\_ [ ] [ ] mal

Musste Ihr Kind in den letzten 12 Monaten wegen einer Infektion (z.B. Lungenentzündung, Harnwegsinfektion oder andere Infektion) im Krankenhaus stationär aufgenommen werden?

- nein  ja

Falls ja, nennen Sie bitte den Aufnahmegrund und die jeweilige stationäre Verweildauer:

1. \_\_\_\_\_ [ ] [ ] Nächte
2. \_\_\_\_\_ [ ] [ ] Nächte
3. \_\_\_\_\_ [ ] [ ] Nächte
4. \_\_\_\_\_ [ ] [ ] Nächte

Musste Ihr Kind jemals vor der Diagnose der rheumatischen Erkrankung mit Antibiotika behandelt werden?

- nein  ja  weiß ich nicht

Falls ja, wie oft? [ ] [ ] mal  weiß ich nicht

Falls ja, in welchem Alter zum ersten Mal? mit [ ] [ ] Jahren  weiß ich nicht

Hat ihr Kind neben der rheumatischen Erkrankung noch weitere Erkrankungen (z.B. Schuppenflechte, Asthma, Neurodermitis oder andere Erkrankungen)?

- nein  ja

Falls ja, nennen Sie bitte die Begleiterkrankung und ggf. deren aktuelle Behandlung:

1. \_\_\_\_\_ Medikament(e): \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Medikament(e): \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Medikament(e): \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ Medikament(e): \_\_\_\_\_

Abschließend haben wir noch einige Fragen zu Ihrem Kind und Ihrer Familie.

**Geburtsjahr des erkrankten Kindes**       **Geschlecht**  weiblich  männlich  anderes

**Welche Schule besucht Ihr Kind?**

- noch keine  Grundschule  Hauptschule  Realschule  
 Gesamtschule  Gymnasium  andere Schule: \_\_\_\_\_

**Falls Ihr Kind in die Schule geht, hat es in den letzten 4 Wochen am Schulsport teilgenommen?**

- immer  manchmal nicht  häufig nicht  
 mein Kind ist vom Schulsport teilweise befreit  mein Kind ist vom Schulsport ganz befreit

**Wie ist Ihr Kind tagsüber außerhalb des Schulbesuchs betreut?**

- zu Hause  Tagesmutter  Kindergarten  
 Kinderkrippe  Hort/Ganztagsschule  sonstige Betreuung

**Leben weitere Kinder bei Ihnen im Haushalt?**

- nein  ja, und zwar  Kinder im Alter von       Jahren  
 Bitte tragen Sie die Anzahl der Kinder und deren Alter ein!

**Besitzt Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?**

- nein  ja ⇒ **Grad der Behinderung**     **Merkzeichen** \_\_\_\_\_

Aus Vergleichbarkeitsgründen bitten wir Sie abschließend einige Fragen zu beantworten, die aus der KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland stammen. Mit Vater und Mutter 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.

**Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?**

	Mutter	Vater
noch keinen Abschluss (noch Schüler)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hauptschule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realschule/Mittlere Reife/Mittlerer Schulabschluss (MSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, Fachhochschulreife/Fachoberschule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
anderer Schulabschluss (z.B. im Ausland erworben)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**In den folgenden Fragen geht es um Ihre berufliche Ausbildung sowie Ihre berufliche Stellung.**

**Höchster beruflicher Abschluss**

**Berufliche Stellung** (Wenn Sie derzeit nicht oder nicht mehr berufstätig sind, nennen Sie bitte die letzte berufliche Stellung.)

	Mutter	Vater		Mutter	Vater
Keinen Abschluss, noch in beruflicher Ausbildung z.B. Student/in, AZUBI, Praktikant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Angestellte/Angestellter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
keinen Berufsabschluss und nicht AZUBI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Arbeiterin/Arbeiter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Beamtin/Beamter (auch Anwärter/Anwärterin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Berufsfachschule, Handelsschule (beruflich-schulische Ausbildung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Selbstständig erwerbstätig <u>mit</u> Angestellten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachschule (z.B. Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Selbstständig erwerbstätig <u>ohne</u> Angestellte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachhochschule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mithelfende/r Familienangehörige/r	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Universität/Hochschule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Auszubildende/Auszubildender	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sonstiger beruflicher Abschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	noch nie erwerbstätig gewesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			sonstiges _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Nehmen Sie eine Führungsaufgabe wahr, d.h. sind Sie Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen gegenüber weisungsbefugt, die keine Auszubildenden sind?**

	Mutter	Vater
ja, als Führungskraft (mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ja, als Aufsichtskraft (Anleiten und Beaufsichtigen von Personal, Verteilen und Kontrollieren von Arbeit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Wo wohnt Ihr Kind?** Geben Sie bitte den Landkreis an, zu dem der Wohnort gehört, bzw. bei Großstädten zusätzlich den Bezirk bzw. Stadtteil. \_\_\_\_\_

Heutiges Datum:       **2 | 3**

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

