

Kerndokumentation 2024

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 junge Erwachsene Patientinnen und Patienten ab 16 Jahren

Wie du dem Informationsblatt entnommen hast, möchten wir dich bitten, den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen. **Bitte versuche, jede Frage zu beantworten.**

Bitte gib dein Geburtsjahr und dein Geschlecht an: weiblich männlich
 anderes _____

Wo wohnst du? Gib bitte den Landkreis an, zu dem dein Wohnort gehört bzw. bei Großstädten zusätzlich den Bezirk bzw. Stadtteil. _____

Welche Schule besuchst du?

- Hauptschule Realschule Gesamtschule
 Gymnasium berufsbildende Oberschule (z.B. berufliches Gymnasium, Fachoberschule)
 andere Schule _____
 ich gehe nicht mehr zur Schule

Wenn du noch zur Schule gehst, hast du in den letzten 4 Wochen am Schulsport teilgenommen?

- immer manchmal nicht häufig nicht
 ich bin teilweise vom Schulsport befreit ich bin ganz vom Schulsport befreit

Hast du bereits einen Schulabschluss erreicht, welcher Abschluss ist es?

- ich gehe noch zur Schule MSA/mittlere Reife Abitur/Hochschulreife
 (qualifizierter) Hauptschulabschluss Fachabitur/Fachhochschulreife keinen Schulabschluss

Besitzt du einen Schwerbehindertenausweis?

- nein ja ⇒ Grad der Behinderung Merkzeichen

Hast du in den letzten 12 Monaten wegen deiner rheumatischen Krankheit in der Schule oder an der Ausbildungsstätte gefehlt?

- nein ja, und zwar: Tage

Warst du in den letzten 12 Monaten wegen deiner rheumatischen Krankheit stationär im Krankenhaus?

- nein ja, und zwar: Wochen und Tage

Welche der folgenden Behandlungen hast du in den letzten 12 Monaten erhalten?

Bitte gib nur solche Behandlungen an, die **ärztlich** verordnet worden sind und die du *ambulant*, also **nicht** während eines Krankenhausaufenthaltes bzw. einer Rehabilitations- oder Kurmaßnahme, erhalten hast.

- Krankengymnastik (einzeln oder in der Gruppe) Bewegungsbad (einzeln oder in der Gruppe)
 Ergotherapie (z.B. Gelenkschutzberatung, Hilfsmittel) ich habe **keine** derartige Behandlung erhalten

Hast du oder haben deine Eltern in den letzten 12 Monaten an einer Schulung für Patientinnen und Patienten oder Eltern teilgenommen? Beispiele: Schulungswochenende der Rheuma-Liga, Rheumacamp

- nein ja

Hast du innerhalb der letzten 12 Monate wegen deiner rheumatischen Erkrankung an einer Rehabilitations- oder Kurmaßnahme teilgenommen?

- nein ja

Verwendest du orthopädische Hilfsmittel?

- nein ja, und zwar: Schienen oder Bandagen (z.B. Kniegelenkbandagen, Handgelenkschienen)
 orthopädische Schuhe Halsmanschette
 Einlagen/Sohlenerhöhung

Nimmst du deine verordneten Medikamente regelmäßig bzw. wie ärztlich empfohlen ein?

- ja, fast immer häufig manchmal selten gar nicht benötige keine Medikamente

Gelingt es dir die empfohlenen krankengymnastischen Übungen durchzuführen?

- ja, fast immer häufig manchmal selten gar nicht keine Übungen erforderlich

Im Folgenden möchten wir erfahren, ob du im Alltag durch deine rheumatische Erkrankung beeinträchtigt bist. Kreuze bitte jeweils nur die Antwort an, die am besten deine Möglichkeiten in der vergangenen Woche beschreibt.

	problem- los	leicht erschwert	stark erschwert	nicht möglich
1. Anziehen und Körperpflege				
Kannst du:				
• dich allein anziehen, die Schnürsenkel binden, Knöpfe schließen oder öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dir allein die Haare waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dir allein die Socken an- und ausziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dir allein die Fingernägel schneiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Aufstehen				
Kannst du:				
• von einem niedrigen Stuhl oder vom Boden aufstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dich ins Bett legen oder aus dem Bett aufstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Essen und Trinken				
Kannst du:				
• bei Tisch ein Messer zum Schneiden benutzen?	<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"/>
• eine neue Packung Cornflakes oder Müsli öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Gehen				
Kannst du:				
• draußen auf ebenem Boden gehen?	<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"/>
5. Körperpflege				
Kannst du:				
• dich allein am ganzen Körper waschen und abtrocknen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dich allein baden (in die Wanne ein- und aussteigen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• die Toilette benutzen und wieder aufstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dir die Zähne putzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dir die Haare kämmen oder bürsten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Erreichen von Gegenständen				
Kannst du:				
• 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"/>
• dich bücken, um ein Kleidungsstück oder ein Blatt Papier vom Boden aufzuheben?	<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"/>
• den Kopf drehen, um über die Schulter zurückzuschauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Greifen				
Kannst du:				
• mit Kugelschreiber oder Bleistift schreiben?	<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"/>
• Schraubverschlüsse aufmachen, die schon einmal geöffnet waren?	<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"/>
• eine Tür mit einem Türknauf öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Aktivitäten und häusliche Aufgaben				
Kannst du:				
• allein einkaufen und Kleinigkeiten erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• in Auto, Bus oder Straßenbahn ein- und aussteigen?	<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"/>
• im Haushalt helfen (z.B. abwaschen, Müll wegbringen, Staub saugen, bei der Gartenarbeit helfen, dein Bett machen, dein Zimmer aufräumen)?	<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"/>

Wie viele Stunden schläfst du durchschnittlich pro Nacht? Stunden

Leidest du unter Schlafschwierigkeiten? nein ja

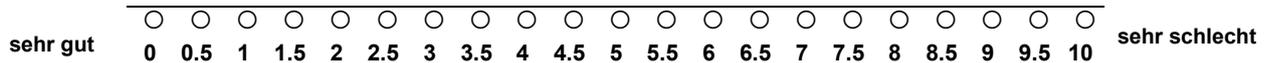
Wie häufig in den letzten 4 Wochen hattest du Schwierigkeiten beim Einschlafen?

- gar nicht weniger als 1 Mal pro Woche
 1 oder 2 Mal pro Woche 3 Mal oder häufiger pro Woche

Wie häufig in den letzten 4 Wochen hattest du Schwierigkeiten beim Durchschlafen?

- gar nicht weniger als 1 Mal pro Woche
 1 oder 2 Mal pro Woche 3 Mal oder häufiger pro Woche

Wie beurteilst du im Großen und Ganzen deinen Schlaf in den letzten 2 Wochen?



Mit Erreichen der Volljährigkeit steht der Wechsel von der kinder- in die erwachsenenrheumatologische Betreuung an. Wenn du an einer JIA (juvenilen idiopathischen Arthritis) erkrankt bist und Informationen zu deinem bisherigen Krankheitsverlauf erhalten möchtest, kannst du einen Befundbericht erstellen lassen. Weitere Informationen findest du unter dem OR-Code.



Informierst du dich außerhalb der Sprechstunde zu deiner rheumatischen Erkrankung?

- nein ja, mittels Broschüren, Flyern
 ja, mittels Webseiten und Apps, und zwar: _____

Kennst du die Webseite der Rheuma-Liga „www.mein-rheuma-wird-erwachsen.de“?

- nein ja Falls ja, informierst du dich dort? nein ja
 Falls ja, würdest du die Webseite weiterempfehlen? nein ja

Wie viel weißt du über...	nichts	ein bisschen	einiges	viel	trifft aktuell nicht zu
deinen gesundheitlichen Zustand?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
die Namen deiner Medikamente?	<input type="radio"/>				
die Wirkungsweise deiner Medikamente oder anderer Behandlungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
den möglichen Einfluss von Alkohol, Nikotin und Drogen auf deine Erkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
den Zusammenhang zwischen deiner Erkrankung und Verhütung, Schwangerschaft und Vererbung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
die möglichen langfristigen Auswirkungen deiner Erkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Wie leicht oder wie schwer fällt es dir ...	schwer	eher schwer	eher leicht	leicht	trifft aktuell nicht zu
die Gespräche mit deiner Ärztin / deinem Arzt selbständig zu führen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
dich an Diskussionen und Entscheidungen über deine Gesundheit zu beteiligen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
die notwendige medizinische Behandlung zu Hause selbständig durchzuführen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
deine Medikamente selbständig (ohne Erinnerung durch andere) zum richtigen Zeitpunkt einzunehmen?	<input type="radio"/>				
relevante Fragen vor dem nächsten Arzttermin selbständig zu überlegen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Hast du nachfolgende Angebote innerhalb der letzten 6 Monate in Anspruch genommen?	nein, auch kein Bedarf	nein, jedoch Bedarf	teilweise, jedoch mehr Bedarf	ja, ausreichend
Physiotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reha-Sport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychologische Beratung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sozialrechtliche Beratung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stationäre Reha-Maßnahmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Funktionstraining der Rheumaliga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie zufrieden bist du ...	unzu- frieden	eher un- zufrieden	eher zufrieden	zu- frieden	sehr zufrieden	
mit deiner aktuellen rheumatologischen Versorgung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
damit, wie auf dich bzw. deine Fragen eingegangen wird?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
mit der Fähigkeit deiner Ärztin bzw. deines Arztes Dinge für dich verständlich zu erklären?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
mit der Berücksichtigung deiner Meinung bei (Therapie-) Entscheidungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
mit der Zeit, die sich deine Ärztin bzw. dein Arzt für dich nimmt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
mit Selbsthilfegruppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
mit anderen Angeboten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<hr/>						
Hast du Angebote zur Vorbereitung auf den Übergang in die Erwachsenenversorgung in Anspruch genommen?	nein, auch kein Bedarf	nein, jedoch Bedarf	teilweise, jedoch mehr Bedarf	ja, aus- reichend		
strukturierte Patient*innenschulung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Transitionsamps (z.B. Bodenseecamp, Camp der Rheuma-Liga)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Übergangs- /Jugendsprechstunde in der Rheumaambulanz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
andere Angebote:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<hr/>						
Wie zufrieden bist du mit ...	unzu- frieden	eher unzu- frieden	eher zu- frieden	zu- frieden	sehr zu- frieden	trifft noch nicht zu
der Vorbereitung auf den Wechsel in die Erwachsenenrheumatologie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
den Möglichkeiten dich selbst in den Prozess des Übergangs in die Erwachsenenversorgung einzubringen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
der Einbeziehung deiner Eltern in den Prozess?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dem geplanten Zeitpunkt des Wechsels in die Erwachsenenrheumatologie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
der Unterstützung bei der Suche nach einer weiterbehandelnden Ärztin bzw. einem Arzt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>						
Fühlst du dich zu folgenden Themen informiert?	nein, auch kein Bedarf	nein, jedoch Bedarf	teilweise, jedoch mehr Bedarf	ja, ausreichend		
deine Erkrankung und mögliche Begleiterscheinungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Therapie (inkl. Wirkung & Nebenwirkungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Maßnahmen, die du selbst durchführen kannst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
möglicher Einfluss deines Lebensstils (wie Ernährung und Sport) auf deine Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
möglicher Einfluss von Alkohol, Nikotin und Drogen auf deine Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Zusammenhang zwischen deiner Erkrankung und Verhütung, Schwangerschaft und Vererbung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
langfristiger Verlauf der Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
mögliche Auswirkungen deiner Erkrankung auf Deine Berufswahl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Angebote von Selbsthilfegruppen (z.B. der Rheumaliga)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
sozialrechtliche Unterstützungsangebote (wie Schwerbehindertenausweis, Nachteilsausgleich)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Fragebogen für Eltern

ID-Nr.:
Bitte ID-Nummer übertragen!

Dieser Zusatzbogen richtet sich an deine Eltern. Übertrage bitte zunächst die ID-Nr. von der ersten Seite in den Kasten oben rechts. Anschließend reiche den Bogen bitte an deine Eltern bzw. deine Begleitperson weiter.

Geburtsjahr des Kindes Geschlecht des Kindes weiblich männlich anderes
Dieser Bogen wird ausgefüllt von Mutter Vater gemeinsam andere Person

Bitte beantworten Sie uns zunächst die folgenden Fragen zur medizinischen Versorgung Ihres Kindes.

1. Wann begannen die rheumatischen Beschwerden Ihres Kindes?
Monat Jahr
2. Wie viel Zeit verging vom Auftreten erster Symptome bis zur ersten Arztvorstellung?
Anzahl der Tage und Wochen weiß ich nicht
3. Wie viele verschiedene Ärzte haben Sie insgesamt aufgesucht bis bei Ihrem Kind die rheumatische Erkrankung diagnostiziert wurde?
Anzahl der Ärzte insgesamt weiß ich nicht
 trifft nicht zu, da bisher keine Diagnose gestellt wurde → **weiter mit Frage 5**
4. Welche Ärzte haben Sie bis zur Diagnosestellung aufgesucht? *Mehrfachangaben möglich.*
 Kinderarzt Allgemeinmediziner/Hausarzt Orthopäde Chirurg
 Hautarzt Augenarzt andere _____
5. Wie lange dauerte es von der Überweisung bis zur Erstvorstellung Ihres Kindes bei einem/r Kinder- und Jugendrheumatologen/in?
Anzahl der Tage und Wochen weiß ich nicht
6. Wurden Sie bei Entscheidungen zur Behandlung Ihres Kindes ausreichend einbezogen?
 ja, (fast) immer häufig manchmal selten gar nicht
7. Wie zufrieden waren Sie mit der medikamentösen Behandlung Ihres Kindes in den letzten 12 Monaten?
 nicht zufrieden teilweise zufrieden zufrieden sehr zufrieden äußerst zufrieden
 trifft nicht zu, mein Kind erhielt keine medikamentöse Therapie
8. Wurden Sie im Rahmen der Betreuung Ihres Kindes zur rheumatischen Erkrankung und Therapie informiert oder darauf hingewiesen, wo weitergehende Informationen zu finden sind?
 ja, ausreichend ja, aber nicht ausreichend nein
9. Wann wurde Ihr Kind zum ersten Mal ambulant oder im Rahmen eines
Krankenhausaufenthaltes kinderrheumatologisch betreut?
Monat Jahr

Nun folgen ein paar Fragen zum ersten Lebensjahr Ihres Kindes. Wir bitten Sie, diese so gut wie möglich zu beantworten.

10. Wie wurde Ihr Kind geboren?
 Spontangeburt vaginal Vaginal assistiert (z.B. Saugglocke, Geburtszange)
 Notfall/Dringlicher Kaiserschnitt (z.B. bei Geburtsstillstand) geplanter Kaiserschnitt
11. War Ihr Kind ein Frühgeborenes?
 ja nein
Falls ja, geben Sie bitte die Schwangerschaftswoche (SSW) an:
 SSW oder wie viele Wochen zu früh Wochen
12. Wurde Ihr Kind jemals gestillt und/oder mit abgepumpter Muttermilch ernährt?
 ja nein weiß nicht
Falls ja: nur in den ersten Tagen nach Geburt
 für länger, aber nur im ersten Lebensmonat
 länger als den ersten Lebensmonat
 falls länger, bis zu welchem Lebensmonat bekam Ihr Kind Muttermilch?
- Falls nein oder weiß nicht → **weiter mit Frage 16**
13. Bekam Ihr Kind in der Stillzeit zusätzlich zu Muttermilch Wasser, Tee oder Saft?
 ja nein
Falls ja: gelegentlich, einzelne Tage → in welchem Lebensmonat wurde damit begonnen:
 regelmäßig jeden Tag → in welchem Lebensmonat wurde damit begonnen:

14. Bekam Ihr Kind zusätzlich zu Muttermilch auch Flaschenmilchnahrung (z. B. Säuglingsanfangsnahrung, Folgenahrung oder Spezialnahrung)?

ja nein weiß nicht

Falls ja: gelegentlich, einzelne Tage → in welchem Lebensmonat wurde damit begonnen: |__|__|
 regelmäßig jeden Tag → in welchem Lebensmonat wurde damit begonnen: |__|__|

15. Bekam Ihr Kind nach dem Abstillen Flaschenmilchnahrung (z. B. Säuglingsanfangsnahrung, Folgenahrung oder Spezialnahrung)?

ja nein weiß nicht

Falls ja: Bis zu welchem Alter? |__|__|

16. In welchem Lebensmonat Ihres Kindes wurde begonnen, Brei, Gläschen oder sonstige Beikost zu füttern? Bitte tragen Sie begonnene Lebensmonate eintragen.

im |__|__|. Lebensmonat

17. Erhielt Ihr Kind im ersten Lebensjahr eine Therapie mit einem Antibiotikum?

ja nein weiß nicht

Wenn ja: erstmals im Alter von |__|__| Monaten
 und nochmals im Alter von: |__|__| Mon. / |__|__| Mon. / |__|__| Mon. / |__|__| Mon.

18. Erhielt Ihr Kind im ersten Lebensjahr sogenannte Probiotika (Milchsäurebakterien, z.B. Bigaia, OmniBiotic, LactobactBaby, Colimil)?

ja nein weiß nicht

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

19. 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!

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.

20. 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"/>

21. 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 mit Angestellten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachschule (z.B. Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Selbstständig erwerbstätig ohne 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"/>