



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Entlassmanagement*

Validierter Fragebogen zur Entlassung von
Kindern und Jugendlichen aus dem Krankenhaus

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 31. Oktober 2022

Impressum

Thema:

Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Entlassmanagement*. Validierter Fragebogen zur Entlassung von Kindern und Jugendlichen aus dem Krankenhaus

Ansprechpartnerin:

Dr. Veronika Andorfer

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

20. September 2018

Datum der Abgabe:

31. Oktober 2022; Ergänzung des Nutzungshinweises am 5. Oktober 2023
(Änderung am 1. Juli 2024)

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Der Fragebogen ist urheberrechtlich geschützt. Eine Nutzung ist nur mit ausdrücklicher Genehmigung des G-BA gestattet. Eine kommerzielle Nutzung ist ausgeschlossen.



Befragung

zur Entlassung von Kindern und Jugendlichen aus dem Krankenhaus

Muster

Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja

Nein

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja

Nein

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel:

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je nachdem, wie häufig die Situation in Ihrer Erinnerung vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer“, „Meistens“, „Selten“ oder „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht*“ an.

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass Sie nach der Beantwortung einer Frage direkt zu einer bestimmten Frage weitergeleitet werden, wie z. B. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5.**

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die **Frage 5**. Fahren Sie dann normal in der Reihenfolge der Fragen fort.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: (030) 58 58 26 - 570

E-Mail: patientenbefragung-entlassmgt@iqtig.org

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus

Ihr Kind wurde kürzlich in einem Krankenhaus behandelt. Mit diesem Fragebogen möchten wir Sie als Eltern bzw. Sorgeberechtigte zur **Entlassung Ihres Kindes** aus dem Krankenhaus und den Erfahrungen, die Sie dabei gemacht haben, befragen.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **nur auf die Entlassung des Kindes aus dem Krankenhaus, die im Anschreiben genannt ist.**

1) War die Behandlung Ihres Kindes im Krankenhaus geplant oder ungeplant?

Geplant

Ungeplant (z. B. wegen einer akuten Erkrankung, eines Notfalls)

Weiß nicht

2) Eine Behandlung im Krankenhaus kann ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) oder nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) erfolgen.

Wie wurde Ihr Kind im Krankenhaus behandelt?

Ganztägig mit Übernachtung (vollstationär)

Nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär)

3) Wie lange ist Ihr Kind im Krankenhaus gewesen, bis es entlassen wurde?

Weniger als 1 Woche

1 Woche bis weniger als 2 Wochen

2 Wochen bis weniger als 4 Wochen

4 Wochen bis weniger als 6 Wochen

6 Wochen oder länger

Weiß nicht

4) Wurde die Behandlung Ihres Kindes im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen?

Ja

Nein

5) Wohin ist Ihr Kind entlassen worden?

Nach Hause (z. B. ins eigene Zuhause, zu Familie/
zu Freunden, ins Betreute Wohnen) ⇒ **Bitte weiter mit Frage 6**

Direkt in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung
(z. B. Kurzzeitpflege, Pflegeheim, stationäre Reha-
bilitationsklinik, Hospiz) ⇒ **Bitte weiter mit Frage 7**

Anderes ⇒ **Bitte weiter mit Frage 6**

Weiß nicht ⇒ **Bitte weiter mit Frage 6**

6) Werden Sie bzw. Ihr Kind durch einen Pflegedienst unterstützt?

Ja, auch schon bevor mein Kind im Krankenhaus war

Ja, aber erst seit der Entlassung meines Kindes aus dem Krankenhaus

Nein

Weiß nicht

Organisation der Entlassung

7) Wurde Ihnen im Krankenhaus mitgeteilt, unter welchen Voraussetzungen Ihr Kind entlassen werden kann (z. B. Gesundheitszustand, abgeklärte Weiterversorgung)?

Ja

Nein

Weiß nicht

8) Wurde Ihnen der Entlassungstermin Ihres Kindes im Krankenhaus zeitlich so mitgeteilt, dass Sie sich darauf einstellen konnten?

Das kann sowohl der tatsächliche Entlassungstermin als auch ein vorläufiger, geplanter Entlassungstermin sein.

Ja

Nein

Weiß nicht

9) Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, wie Ihr Kind am Tag der Entlassung nach Hause oder in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung kommt (z. B. mit einem Krankentransport, Abholung durch Familie/Freunde)?

Ja

Nein

Brauchte ich nicht

Weiß nicht

Erfahrungen mit dem Personal im Krankenhaus

10) Hatten Sie im Krankenhaus Fragen zur Entlassung Ihres Kindes?

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 11**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 13**

Weiß nicht ⇒ **Bitte weiter mit Frage 13**

11) Konnten Sie im Krankenhaus jemanden erreichen, wenn Sie Fragen zur Entlassung Ihres Kindes hatten?

Immer Meistens Selten Nie *Weiß nicht*

12) Wurden Ihre Fragen zur Entlassung Ihres Kindes im Krankenhaus so beantwortet, wie Sie es gebraucht haben?

Immer

Meistens

Selten

Nie

Weiß nicht

13) Haben Sie im Krankenhaus widersprüchliche Informationen zur Entlassung Ihres Kindes erhalten?

Ja

Nein

Weiß nicht

Erfahrungen mit dem Sozialdienst im Krankenhaus

Im Krankenhaus gibt es einen Sozialdienst. Dort beraten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor allem bei persönlichen, finanziellen und beruflichen Angelegenheiten sowie zur Versorgung für die Zeit nach der Entlassung.

14) Wurden Sie während des Aufenthalts Ihres Kindes im Krankenhaus von einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter des Sozialdienstes beraten?

Ja ⇒ Bitte weiter mit Frage 15

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ⇒ Bitte weiter mit Frage 17

Ich wollte/brauchte das nicht ⇒ Bitte weiter mit Frage 17

Weiß nicht ⇒ Bitte weiter mit Frage 17

15) War die Beratung durch den Sozialdienst für Sie hilfreich?

Ja

Nein

Weiß nicht

16) Wie häufig kamen folgende Situationen bei der Beratung vor?

Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter des Sozialdienstes hat ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht
... sich für mein Kind und unsere Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... uns aufmerksam zugehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Klärung der Versorgung und Informationen zur Weiterversorgung

17) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Brauchte ich nicht	Weiß nicht
... wie die Lebens- und Versorgungssituation Ihres Kindes <u>vor dem Aufenthalt</u> im Krankenhaus aussah (z. B. Situation in der Familie, Unterstützung bei der Pflege)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie die Versorgung Ihres Kindes <u>nach der Entlassung</u> aussehen kann (z. B. Pflege in der Familie, Pflegedienst/Pflegeheim)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche Unterstützungsangebote oder Hilfen <u>nach der Entlassung</u> infrage kommen (z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Sozialhilfen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18) Wurden Sie im Krankenhaus bei Entscheidungen zur Weiterversorgung Ihres Kindes nach der Entlassung so einbezogen, wie Sie es wollten?

Ja

Nein

Brauchte ich nicht

Weiß nicht

19) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor der Entlassung darüber gesprochen, wie sich der Gesundheitszustand Ihres Kindes nach der Entlassung entwickeln kann?

Damit meinen wir eine Prognose bzw. Einschätzung zum weiteren Verlauf der Gesundheit Ihres Kindes nach der Entlassung.

Ja

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte

Brauchte ich nicht

Weiß nicht

20) Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Brauchte ich nicht	Weiß nicht
...welche medizinische Behandlung für Ihr Kind <u>nach der Entlassung</u> durch eine Kinderärztin / einen Kinderarzt oder niedergelassene Fachärztinnen/ Fachärzte notwendig ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...welche weiteren Therapien oder Behandlungen für Ihr Kind <u>nach der Entlassung</u> notwendig sind (z. B. Physiotherapie, Sprachtherapie, Psychotherapie, Rehabilitation)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...welche Hilfsmittel Ihr Kind <u>nach der Entlassung</u> benötigt (z. B. Gehhilfen, Dusch-/Badehilfen, Pflegebett, Material zur Wundversorgung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikamente für die Zeit nach der Entlassung

Bitte denken Sie bei den folgenden Fragen nur an die Medikamente, die Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (weiterhin) einnehmen muss.

21) Hat Ihr Kind im Krankenhaus neue Medikamente für die Zeit nach der Entlassung bekommen bzw. wurden Medikamente umgestellt (z. B. andere Art der Einnahme, andere Menge)?

Damit sind alle Medikamente gemeint, die Ihr Kind nach der Entlassung einnimmt.

Ja, mein Kind hat neue Medikamente bekommen bzw. die Medikamente wurden umgestellt. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 22**

Nein, mein Kind hat keine neuen Medikamente bekommen bzw. es wurden keine Medikamente umgestellt. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 24**

22) Bitte denken Sie nur an die Medikamente, die Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnimmt oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde.

Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Für jedes Medikament	Für die meisten Medikamente	Nur für wenige Medikamente	Für gar kein Medikament	<i>Weiß nicht</i>
... welche Medikamente Ihr Kind nach der Entlassung einnehmen soll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wofür Ihr Kind die Medikamente nach der Entlassung einnehmen soll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23) Bitte denken Sie weiterhin nur an die Medikamente, die Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnimmt oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde:

Wurde mit Ihnen im Krankenhaus darüber gesprochen, ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Für jedes Medika- ment	Für die meisten Medika- mente	Nur für wenige Medika- mente	Für gar kein Medika- ment	<i>Weiß nicht</i>
... wann Ihr Kind die Medika- mente einnehmen soll (z. B. nach Bedarf, zu bestimmten Ta- geszeiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie lange Ihr Kind die Medika- mente einnehmen soll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie viel Ihr Kind von dem jeweiligen Medikament einneh- men soll (Dosierung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medizinische und pflegerische Selbstversorgung nach der Entlassung

24) Wurden Sie bzw. Ihr Kind im Krankenhaus darauf vorbereitet, die medizinische oder pflegerische Versorgung zu Hause zu übernehmen (z. B. Wunden versorgen, Körperpflege, mit Symptomen oder körperlichen Einschränkungen im Alltag umgehen)?

- Ja
- Nein, obwohl ich es mir / mein Kind es sich gewünscht hätte
- Brauchte ich / mein Kind nicht
- Weiß nicht*

25) Wurden Sie bzw. Ihr Kind im Krankenhaus darüber informiert, ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	Brauchte ich / mein Kind nicht	<i>Weiß nicht</i>
... wie sich Ihr Kind nach der Entlassung im Alltag <u>verhalten soll</u> (z. B. Hinweise zur körperlichen Belastung, zur Ernährung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie mögliche Komplikationen und Warnsignale zu <u>erkennen sind</u> (z. B. Atemnot, Fieber, Wundinfektion, depressive Verstimmung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... was bei Komplikationen und Warnsignalen <u>zu tun ist</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfsmittel für die Zeit nach der Entlassung

26) Nutzt Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neue Hilfsmittel, die es vorher noch nicht benutzt hat (z. B. Gehhilfen, Dusch-/Badehilfen, Pflegebett)?

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 27**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 28**

27) Wurde Ihnen bzw. Ihrem Kind im Krankenhaus gezeigt, wie mit den neuen Hilfsmitteln umzugehen ist?

Ja, für alle Hilfsmittel

Ja, aber nicht für alle Hilfsmittel

Nein, für kein Hilfsmittel

Brauchte ich / mein Kind nicht

Weiß nicht

Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung

28) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, Anträge für die Weiterversorgung Ihres Kindes zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)?

Ja

Nein

Brauchte ich nicht

Weiß nicht

29) Wurden Ihnen im Krankenhaus für Ihr Kind Therapien für die Zeit nach der Entlassung empfohlen (z. B. Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie, Psychotherapie, sozialmedizinische Versorgung)?

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 30**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 31**

Weiß nicht ⇒ **Bitte weiter mit Frage 31**

30) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, solche Anschlusstherapien für Ihr Kind zu organisieren (z. B. mit einer Liste mit Kontaktdaten oder einem Rezept / einer Verordnung)?

Ja

Nein

Brauchte ich nicht

Weiß nicht

31) Wurde Ihnen im Krankenhaus empfohlen, nach der Entlassung Unterstützung durch einen Pflegedienst oder eine Haushaltshilfe in Anspruch zu nehmen?

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 32**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 33**

Weiß nicht ⇒ **Bitte weiter mit Frage 33**

32) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	Brauchte ich nicht	<i>Weiß nicht</i>
... einen Pflegedienst zu organisieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eine Haushaltshilfe zu organisieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, an wen Sie sich nach der Entlassung Ihres Kindes wenden können, wenn Sie Fragen zur medizinischen oder pflegerischen Versorgung Ihres Kindes haben (z. B. an das Krankenhaus direkt, an eine Kinderärztin / einen Kinderarzt, an einen Pflegedienst)?

Ja

Nein

Brauchte ich nicht

Weiß nicht

Das abschließende Gespräch zur Entlassung

Die folgenden Fragen beziehen sich auf das abschließende Gespräch zur Entlassung. Dieses Gespräch kann mit Ihnen als Eltern bzw. Sorgeberechtigten alleine oder gemeinsam mit Ihrem Kind durchgeführt worden sein.

34) Wurde am Ende des Aufenthalts Ihres Kindes im Krankenhaus ein Abschlussgespräch geführt?

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 35**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 36**

Weiß nicht ⇒ **Bitte weiter mit Frage 36**

35) Konnten Sie im Abschlussgespräch die Themen ansprechen, die Ihnen in Bezug auf die Entlassung Ihres Kindes wichtig waren?

Ja

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte

Ich hatte keine Themen, Anliegen oder Fragen zur Entlassung meines Kindes ..

Weiß nicht

Bereitschaft zur Entlassung

Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

36) Wenn Sie nun an den Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Ihr Kind zu?

Mein Kind war in Bezug auf seine ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Voll und ganz bereit	Eher bereit	Eher nicht bereit	Gar nicht bereit	Trifft auf mein Kind nicht zu	<i>Weiß nicht</i>
... <u>körperliche Verfassung</u> bereit, entlassen zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... <u>psychische Verfassung</u> bereit, entlassen zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37) Denken Sie im Folgenden bitte an Ihre Situation zum Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

Ich war ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Voll und ganz bereit	Eher bereit	Eher nicht bereit	Gar nicht bereit	Trifft auf mich nicht zu	<i>Weiß nicht</i>
... in Bezug auf die <u>Unterstützung durch andere</u> bereit, dass mein Kind entlassen wird (z. B. Versorgung durch Familie/Angehörige, Pflegedienst).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bereit, <u>den Alltag mit meinem Kind zu bewältigen</u> (z. B. Sicherheit, mit möglichen Problemen nach der Entlassung umgehen zu können).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38) Wurde am Ende des Aufenthalts im Krankenhaus mit Ihnen bzw. Ihrem Kind darüber gesprachen, ob Sie und Ihr Kind bereit für die Entlassung sind?

Ja

Nein

Brauchte ich / mein Kind nicht

Weiß nicht

Dokumente zur Entlassung

39) Ein wichtiges Dokument zur Entlassung ist der Entlassbrief. Wir meinen damit den Arztbrief, der Informationen zur Behandlung und Weiterversorgung Ihres Kindes enthält. Das kann sowohl eine vorläufige Kurzform als auch der ausführliche Entlassbrief sein.

Haben Sie spätestens am Tag der Entlassung Ihres Kindes einen Entlassbrief erhalten?

Ja

Nein

Weiß nicht

Nun möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrem Kind bitten.

40) In welchem Monat und welchem Jahr wurde Ihr Kind geboren?

Geburtsmonat

Geburtsjahr

41) Welches Geschlecht hat Ihr Kind?

Weiblich

Männlich

Divers

42) Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

Wie oft wurde Ihr Kind in den 12 Monaten vor dieser Entlassung bereits in einem Krankenhaus ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) behandelt?

Gar nicht

1-mal

2- bis 3-mal

4-mal oder mehr

Weiß nicht

43) Wie viele verschreibungspflichtige Medikamente nimmt Ihr Kind aktuell ein?

Damit meinen wir Medikamente, für die Ihr Kind ein Rezept von einer Ärztin / einem Arzt bekommt.

Keine verschreibungspflichtigen Medikamente

1 bis 2 verschreibungspflichtige Medikamente

3 bis 4 verschreibungspflichtige Medikamente

5 oder mehr verschreibungspflichtige Medikamente

Weiß nicht

44) Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihrem Kind jemals eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen festgestellt?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein
Chronische Lungenerkrankungen (z. B. Bronchitis, COPD, Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Erkrankungen des Magens oder des Darms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes / hoher Blutzucker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Erkrankungen der Leber oder der Niere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderdemenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankung (z. B. Parkinson, MS, Migräne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklungsstörung (z. B. ADS/ADHS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankungen (z. B. Arthritis oder Arthrose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.

45) In welchem Monat und welchem Jahr wurden Sie geboren?

Geburtsmonat

Geburtsjahr

46) Welches Geschlecht haben Sie?

- Weiblich
- Männlich
- Divers

47) Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu?

- In fester Partnerschaft, zusammenlebend
- In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend
- Alleinstehend, geschieden oder in Trennung
- Verwitwet

48) Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?

Zu diesem Haushalt zählen alle Personen, die hier gemeinsam wohnen und wirtschaften.

Denken Sie dabei bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder.

Anzahl der Personen

49) Ist Ihre Muttersprache Deutsch?

- Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 51**
- Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 50**

50) Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

Meine Deutschkenntnisse sind:

Sehr gut

Eher gut

Eher schlecht

Sehr schlecht

51) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

- Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule
- Von der Schule abgegangen ohne Abschluss
- Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)
- Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse
- Realschulabschluss (Mittlere Reife)
- Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse
- Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule
- Abitur / Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)
- Anderer Schulabschluss

52) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

- Schülerin/Schüler oder Studentin/Student
- Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden) ..
- Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden)
- Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden)
- Arbeitslos
- Altersrente
- Erwerbsunfähigkeitsrente
- Hausfrau/Hausmann
- Ausbildung, Umschulung
- Wiedereingliederungsmaßnahme
- Sonstiges

53) Wer hat den Fragebogen beantwortet?

Eltern(teil)/Sorgeberechtigte/r des Kindes

Eltern(teil)/Sorgeberechtigte/r und Kind/Jugendliche/r zusammen

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Muster

Muster