



ELTERNBOGEN (Folgebefragung) Autoinflammatorische Erkrankungen

Kinder-KD-ID

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

Liebe Eltern!

heute bitten wir Sie erneut den Fragebogen der Initiative „ProKind“ zu beantworten. Mit „ProKind“ wollen wir mehr über die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer autoinflammatorischen Erkrankung erfahren. Mit Ihrer Teilnahme helfen Sie die Versorgung betroffener Kinder und deren Familien zu verbessern.

Erhebungsdatum

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

 TT/MM/JJ

Geburtsdatum Ihres Kindes

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

 MM/JJ

Geschlecht Ihres Kindes ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Die nachfolgenden Skalen gehen von „0“ bis „10“. Wenn Sie z.B. die Krankheitsaktivität Ihres Kindes als nicht hoch einschätzen, kreuzen Sie bitte den Anfangspunkt (ersten Kreis) an. Wenn Sie die Krankheitsaktivität Ihres Kindes als sehr hoch einschätzen, kreuzen Sie den Endpunkt (letzten Kreis) an. Ansonsten entscheiden Sie sich für einen Kreis zwischen dem Anfangs- und Endpunkt.

1. Wie beurteilen Sie im Großen und Ganzen den aktuellen (= letzte 7 Tage) Gesundheitszustand Ihres Kindes?

sehr gut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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	

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

keine Schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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	

3. Wie kommt Ihr Kind aktuell (=letzte 7 Tage) mit seiner Krankheit zurecht?

sehr gut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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	

4. Hat Ihr Kind in den letzten 4 Wochen unter ungewöhnlicher Erschöpfung und Müdigkeit gelitten?

gar nicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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	

5. Wie aktiv war die autoinflammatorische Erkrankung Ihres Kindes in den letzten 4 Wochen?

nicht aktiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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	

6. Traten in den letzten 12 Monaten Infektionen auf, die mit Antibiotika behandelt werden mussten?

Bitte geben Sie die Anzahl an:

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

☐ keine ☐ weiß ich nicht

7. Hat Ihr Kind in den letzten 12 Monaten wegen seiner autoinflammatorischen Krankheit im Kindergarten, in der Schule oder am Ausbildungsplatz gefehlt?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, geben Sie bitte die Gesamtanzahl der Tage in den letzten 12 Monaten an:

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

☐ weiss ich nicht

Bitte geben Sie an, welche Leistungen Ihr Kind letzter Zeit in Anspruch genommen hat.

8. Musste Ihr Kind in den letzten 12 Monaten ins Krankenhaus für eine stationäre Behandlung?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, geben Sie bitte die Gesamtanzahl der Tage in den letzten 12 Monaten an:

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

☐ weiss ich nicht

Falls ja, nennen Sie bitte den Grund/die Gründe für den Krankenhausaufenthalt:

_____ ☐ weiss ich nicht



ELTERNBOGEN (Folgebefragung) Autoinflammatorische Erkrankungen

Kinder-KD-ID

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

9. Welche nicht-medikamentösen Therapien hat Ihr Kind in den letzten 12 Monaten erhalten?

Bitte geben Sie nur solche Behandlungen an, die ärztlich verordnet worden sind und die Ihr Kind ambulant, also nicht während eines Krankenhausaufenthaltes bzw. einer Rehabilitations- oder Kurmaßnahme, erhalten hat. Mehrfachnennung möglich.

- ☐ Krankengymnastik (einzeln oder in der Gruppe) ☐ Bewegungsbad (einzeln oder in der Gruppe)
☐ Ergotherapie (z.B. Gelenkschutzberatung, Hilfsmittel) ☐ psychologische Unterstützung/Beratung
☐ andere, und zwar: _____
☐ mein Kind hat **keine** derartige Behandlung erhalten

10. Ist in den letzten 12 Monaten bei Ihrem Kind ein Hörtest durchgeführt worden?

- ☐ ja ☐ nein

11. Hat Ihr Kind in den letzten 12 Monaten Hilfsmittel erhalten? Mehrfachnennung möglich.

- ☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche: ☐ Hörgeräte ☐ Orthesen
☐ orthopädische Schuhe ☐ Einlagen/Sohlenerhöhung
☐ andere: _____

12. Welche Beeinträchtigung bzw. Begleiterkrankungen (z.B. Asthma, Entwicklungsstörungen) hat Ihr Kind aktuell?

13. Welchen Arzt haben Sie in den letzten 12 Monaten mit Ihrem Kind wegen der autoinflammatorischen Erkrankung bzw. Krankheitsschüben aufgesucht? Bitte geben Sie auch die Anzahl der Besuche an.

Kinder-/Hausarzt	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Falls ja, wie oft: <input type="text"/>
(Kinder)Rheumatologe	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Falls ja, wie oft: <input type="text"/>
Hautarzt	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Falls ja, wie oft: <input type="text"/>
HNO-Arzt	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Falls ja, wie oft: <input type="text"/>
Magendarm-Spezialist	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Falls ja, wie oft: <input type="text"/>
Lungenfacharzt	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Falls ja, wie oft: <input type="text"/>
Augenarzt	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Falls ja, wie oft: <input type="text"/>
Neurologe	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Falls ja, wie oft: <input type="text"/>
andere: _____	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Falls ja, wie oft: <input type="text"/>

Nachstehend folgen einige Aussagen von Betroffenen über das Leben mit einem chronisch kranken Kind. Bitte kreuzen Sie für jede Aussage an, ob diese zum momentanen Zeitpunkt auf Ihre Familie zutrifft.

14.	trifft ganz zu	trifft weitgehend zu	trifft weitgehend nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	Frage nicht zutreffend
Die Krankheit verursacht der Familie finanzielle Probleme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	---
Ich muss meine Arbeitszeit verkürzen, weil ich mich um mein krankes Kind kümmern muss.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um die medizinischen Kosten decken zu können, ist zusätzliches Einkommen nötig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	----
Ich habe wegen der Krankheit meines Kindes aufgehört zu arbeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



ELTERNBOGEN (Folgebefragung) Autoinflammatorische Erkrankungen

Kinder-KD-ID

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

Fortsetzung Frage 14	trifft ganz zu	trifft weitgehend zu	trifft weitgehend nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	Frage nicht zutreffend
Die Leute in der Nachbarschaft meiden uns wegen der Krankheit unseres Kindes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	---
Es ist schwer, eine zuverlässige Person zu finden, die auf das kranke Kind aufpasst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	---
Wegen der Krankheit unseres Kindes sehen wir unsere Familie und unsere Freunde seltener.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	----
Wir stehen uns wegen der gemeinsamen Erfahrung als Familie näher.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	---
Wegen der Krankheit wollte ich bzw. will ich keine weiteren Kinder bekommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	---
Mein Lebenspartner und ich besprechen die Probleme des Kindes gemeinsam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wir versuchen unser Kind so zu behandeln, als wäre es ein ganz 'normales' Kind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	---
Die Pflege meines kranken Kindes nimmt so viel Zeit in Anspruch, dass ich kaum noch Zeit für mich und die anderen Familienmitglieder habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Verwandten mischen sich ein und glauben, besser zu wissen, was für mein krankes Kind gut ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unsere Familie muss aufgrund der Krankheit meines Kindes auf einige Dinge (z.B. Besuche, kulturelle Veranstaltungen, Hobbys) verzichten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufgrund der Krankheit meines Kindes bin ich ständig übermüdet und abgespannt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	---
Niemand versteht, mit welcher ungeheuren Belastung ich fertig werden muss.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	---
Die Fahrten zu Ärzten, Therapeuten oder ins Krankenhaus sind eine Belastung für mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	---
Meine Partnerschaft ist in Folge der Erkrankung meines betroffenen Kindes gestärkt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Planung von Familienurlaub ist wegen der Erkrankung meines betroffenen Kindes sehr schwierig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

©FaBeI

Nachfolgend finden Sie eine Liste von Dingen, die möglicherweise für Ihr Kind ein Problem darstellen. Bitte sagen Sie uns, wie häufig jedes einzelne Problem bei Ihrem Kind in den letzten 4 Wochen auftrat, indem Sie die zutreffende Zahl ankreuzen:

15. Wie oft hatte Ihr Kind im vergangenen Monat folgende Probleme, Sorgen oder Schwierigkeiten?					
Körperlicher Bereich: Mein Kind hatte Probleme	nie	fast nie	manch- mal	häufig	fast immer
... mindestens 300 Meter im Freien zu gehen.	0	1	2	3	4
... beim Rennen.	0	1	2	3	4
... an sportlichen Aktivitäten teilzunehmen.	0	1	2	3	4
... etwas Schweres aufzuheben.	0	1	2	3	4
... selbstständig zu baden oder zu duschen.	0	1	2	3	4
... kleinere Pflichten im Haushalt zu erledigen.	0	1	2	3	4
Mein Kind hatte Schmerzen.	0	1	2	3	4
Mein Kind hatte wenig Energie.	0	1	2	3	4



ELTERNBOGEN (Folgebefragung) Autoinflammatorische Erkrankungen

Kinder-KD-ID

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

Emotionaler Bereich: Mein Kind ...	nie	fast nie	manch- mal	häufig	fast immer
... fürchtete sich oder war ängstlich.	0	1	2	3	4
... war traurig oder niedergeschlagen.	0	1	2	3	4
... war verärgert.	0	1	2	3	4
... hatte Probleme beim Schlafen.	0	1	2	3	4
... machte sich Sorgen, was mit ihr/ihm passieren wird.	0	1	2	3	4
Sozialer Bereich: Mein Kind ...	nie	fast nie	manch- mal	häufig	fast immer
... hatte Probleme mit anderen Jugendlichen gut auszukommen.	0	1	2	3	4
... hatte Probleme, weil andere Jugendliche nicht mit ihr/ihm befreundet sein wollten.	0	1	2	3	4
... wurde von anderen Jugendlichen gehänselt.	0	1	2	3	4
... konnte nicht das tun, was andere Gleichaltrige tun.	0	1	2	3	4
... hatte Probleme mit anderen Jugendlichen mitzuhalten.	0	1	2	3	4
Schule: Mein Kind	nie	fast nie	manch- mal	häufig	fast immer
... hatte Probleme in der Schule aufzupassen.	0	1	2	3	4
... vergaß Dinge.	0	1	2	3	4
... hatte Probleme das schulische Arbeitspensum zu erfüllen.	0	1	2	3	4
... fehlte in der Schule, weil es sich nicht wohl fühlte.	0	1	2	3	4
... fehlte wegen Arztbesuchen oder Krankenhausaufenthalt in der Schule.	0	1	2	3	4
Schmerzen: Mein Kind hatte	nie	fast nie	manch- mal	häufig	fast immer
... Schmerzen in Gelenken oder Muskeln.	0	1	2	3	4
... starke Schmerzen.	0	1	2	3	4
... Probleme beim Schlafen aufgrund von Gelenk- oder Muskelschmerzen.	0	1	2	3	4
... Steifigkeit am Morgen oder nach zu langem Sitzen.	0	1	2	3	4
Tägliche Aktivitäten: Mein Kind hatte Schwierigkeiten ...	nie	fast nie	manch- mal	häufig	fast immer
... beim Aufdrehen von Wasserhähnen.	0	1	2	3	4
... beim Herunterdrücken von Türklinken.	0	1	2	3	4
... mit Messer und Gabel zu essen.	0	1	2	3	4
... mit Füller oder Stift zu schreiben oder zu zeichnen.	0	1	2	3	4
... die Schulbücher zu tragen.	0	1	2	3	4
Behandlung: Mein Kind ...	nie	fast nie	manch- mal	häufig	fast immer
... fühlte sich schlecht durch die Medikamente.	0	1	2	3	4
... hatte Schmerzen bei der Krankengymnastik oder den täglichen Übungen.	0	1	2	3	4
... hatte Probleme sich selbst für Medikamente oder krankengymnastische Übungen verantwortlich zu fühlen.	0	1	2	3	4
... hatte Probleme mit der Krankheit umzugehen.	0	1	2	3	4
... hatte Angst vor Blutabnahmen.	0	1	2	3	4
... hatte Angst vor Spritzen.	0	1	2	3	4
... hatte Angst vor Arztbesuchen.	0	1	2	3	4



ELTERNBOGEN (Folgebefragung) Autoinflammatorische Erkrankungen

Kinder-KD-ID

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

Wenn Ihr Kind 8 Jahre oder älter ist, geben Sie bitte auch zu den folgenden Aussagen Ihre Einschätzung ab.

Sorgen/Zweifel: Mein Kind	nie	fast nie	manch- mal	häufig	fast immer
... war besorgt wegen Nebenwirkungen der Medikamente.	0	1	2	3	4
... hatte Zweifel an der Wirksamkeit der Medikamente.	0	1	2	3	4
... machte sich Sorgen wegen der Krankheit.	0	1	2	3	4
Sich mitteilen: Mein Kind hatte	nie	fast nie	manch- mal	häufig	fast immer
... Schwierigkeiten den Ärzten und Schwestern zu sagen, wie sie/er sich fühlt.	0	1	2	3	4
... Schwierigkeiten den Ärzten und Schwestern Fragen zu stellen.	0	1	2	3	4
... Schwierigkeiten anderen Menschen ihre/seine Krankheit zu erklären.	0	1	2	3	4

©PedsQL 4.0 und 3.0 – Eltern (13-16)

16. In der nächsten Frage geht es um den heutigen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Bitte kreuzen Sie jeweils diejenige der drei Aussagen an, die den Gesundheitszustand Ihres Kindes am besten beschreibt.

Beweglichkeit (herumlaufen)

- Er/sie hat keine Schwierigkeiten herumzulaufen ☐
- Er/sie hat einige Schwierigkeiten herumzulaufen ☐
- Er/sie hat große Schwierigkeiten herumzulaufen ☐

Für sich selbst sorgen

- Er/sie hat keine Schwierigkeiten sich selber zu waschen und anzuziehen ☐
- Er/sie hat einige Schwierigkeiten sich selber zu waschen und anzuziehen ☐
- Er/sie hat große Schwierigkeiten sich selber zu waschen und anzuziehen ☐

Allgemeine Tätigkeiten

(zum Beispiel: in die Schule gehen, Hobbys, Sport, Spielen, Dinge mit Familie- und Freunden machen)

- Er/sie hat keine Schwierigkeiten das zu tun, was er/sie normalerweise tut ☐
- Er/sie hat einige Schwierigkeiten das zu tun, was er/sie normalerweise tut ☐
- Er/sie hat große Schwierigkeiten das zu tun, was er/sie normalerweise tut ☐

Schmerzen oder körperliche Beschwerden

- Er/sie hat keine Schmerzen oder körperliche Beschwerden ☐
- Er/sie hat einige Schmerzen oder körperliche Beschwerden ☐
- Er/sie hat große Schmerzen oder körperliche Beschwerden ☐

Sich unglücklich, traurig oder besorgt fühlen

- Er/sie ist nicht unglücklich, traurig oder besorgt ☐
- Er/sie ist etwas unglücklich, traurig oder besorgt ☐
- Er/sie ist sehr unglücklich, traurig oder besorgt ☐

©EQ-5D

17. Nimmt Ihr Kind seine verordneten Medikamente regelmäßig bzw. wie ärztlich empfohlen ein?

- ☐ ja ☐ nein ☐ mein Kind benötigt aktuell keine Medikamente
-> weiter auf der nächsten Seite mit Frage 22

Falls nein angekreuzt wurde, warum nicht? Mehrfachnennung möglich.

- ☐ mein Kind weigert sich ☐ zu viele Verabreichungen am Tag
- ☐ organisatorische Probleme (z. B. Probleme, die Medikamente in der Schule zu nehmen)
- ☐ Angst vor Nebenwirkungen ☐ mein Kind nimmt zu viele Medikamente
- ☐ sonstige Gründe _____



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

18. Hat Ihr Kind seit dem letzten Besuch Beschwerden verspürt, die durch die von ihm genommenen Medikamente verursacht sein könnten?

- ☐ ja ☐ nein

Falls Sie ja geantwortet haben, geben Sie bitte an, welche (Mehrfachnennung möglich):

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Fieber | <input type="radio"/> Magenschmerzen oder brennendes Gefühl im Magen |
| <input type="radio"/> Kopfschmerzen | <input type="radio"/> Übelkeit |
| <input type="radio"/> Hautausschlag | <input type="radio"/> Erbrechen |
| <input type="radio"/> Wunde Stellen im Mund | <input type="radio"/> Verstopfung |
| <input type="radio"/> Geschwollenes / blutendes Zahnfleisch | <input type="radio"/> Durchfall |
| <input type="radio"/> Vermehrter Haarwuchs am Körper | <input type="radio"/> Schwarze oder blutige Stühle |
| <input type="radio"/> Gewichtszunahme | <input type="radio"/> Blut im Urin |
| <input type="radio"/> Gewichtsverlust | |
| <input type="radio"/> Schwellungen, Blutergüsse, Schmerzen, Rötungen usw. an der Injektionsstelle | |
| <input type="radio"/> Stimmungsschwankungen (Erregung, Depressionen, Angstzustände) | |
| <input type="radio"/> Schlafstörungen | |
| <input type="radio"/> sonstige _____ | |

©Auszug aus der deutsche Version des JAMAR

19. Wie zufrieden waren Sie mit der medikamentösen Behandlung Ihres Kindes in den letzten 12 Monaten?

- ☐ nicht zufrieden ☐ teilweise zufrieden ☐ zufrieden ☐ sehr zufrieden ☐ äußerst zufrieden

20. Werden Sie bei Entscheidungen zur Behandlung Ihres Kindes (d.h. zum angestrebten Therapieziel und der Art der gewählten medikamentösen Therapie) ausreichend einbezogen?

- ☐ ja, (fast) immer ☐ häufig ☐ manchmal ☐ selten ☐ gar nicht

21. Wie zufrieden sind Sie mit dem aktuell erreichten Therapieergebnis, d.h. dem Gesundheitszustand Ihres Kindes?

- ☐ nicht zufrieden ☐ teilweise zufrieden ☐ zufrieden ☐ sehr zufrieden ☐ äußerst zufrieden

22. Wie zufrieden waren Sie mit der gesundheitlichen Versorgung Ihres Kindes ganz allgemein in den letzten 12 Monaten?

- ☐ nicht zufrieden ☐ teilweise zufrieden ☐ zufrieden ☐ sehr zufrieden ☐ äußerst zufrieden

23. Besitzt Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?

- ☐ ja ☐ nein

Falls ja, nennen Sie den Grad der Behinderung:

Merkzeichen

Falls nein: wurde ein Grad einer Behinderung festgestellt?

- ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welcher?

24. Besitzt Ihr Kind einen Pflegegrad?

- ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welchen?

© DRFZ

Für Ihre Unterstützung bedanken wir uns recht herzlich. Wenn Sie uns noch etwas mitteilen möchten, freuen wir uns über Ihre Anmerkungen/Kommentare.