



Patientenname:

Geburtsdatum:

## Fragebogen Jugendliche Epilepsie 1

ausgefüllt von:

am:

Bitte lesen Sie die unten aufgeführten Punkte durch und kreuzen Sie jeweils in der nebenstehenden Skala von 1 (= „stimmt völlig“) bis 6 (= „stimmt überhaupt nicht“) den Grad Ihrer Zustimmung an.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|

Stimmt  
völlig

Stimmt  
überwiegend

Stimmt  
gerade noch

Stimmt  
eher nicht

Stimmt  
überwiegend  
nicht

Stimmt  
überhaupt  
nicht

Wenn Sie denken, dass Sie zu einem der Aspekte Unterstützung brauchen, vermerken Sie es bitte in dem freien Feld unterhalb der Frage. Der Fragebogen ist als Grundlage für ein ausführliches Gespräch mit Ihrem Arzt gedacht.

### 1.0 Krankheit • Behandlung • Gesundheit

|     |                                                                                                                  |                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 1.1 | Ich kann meine Erkrankung beschreiben.                                                                           | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1   | 2                                                                                                                | 3                                                                                               | 4 | 5 | 6 |   |   |   |
|     | Gewünschte Unterstützung:                                                                                        |                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |
| 1.2 | Ich bin durch weitere Krankheiten betroffen und kenne die Art meiner Beeinträchtigung/Behinderung.               | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1   | 2                                                                                                                | 3                                                                                               | 4 | 5 | 6 |   |   |   |
|     | Gewünschte Unterstützung:                                                                                        |                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |
| 1.3 | Ich fühle mich über die Ursachen, Besonderheiten und Folgen meiner Erkrankungen ausreichend informiert.          | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1   | 2                                                                                                                | 3                                                                                               | 4 | 5 | 6 |   |   |   |
|     | Gewünschte Unterstützung:                                                                                        |                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |
| 1.4 | Ich kann über meinen eigenen Krankheitsverlauf Auskunft geben.                                                   | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1   | 2                                                                                                                | 3                                                                                               | 4 | 5 | 6 |   |   |   |
|     | Gewünschte Unterstützung:                                                                                        |                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |
| 1.5 | Ich kann Auskunft zu meinem Gesundheitszustand geben und kenne Anzeichen der Verschlechterung meiner Erkrankung. | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1   | 2                                                                                                                | 3                                                                                               | 4 | 5 | 6 |   |   |   |
|     | Gewünschte Unterstützung:                                                                                        |                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |
| 1.6 | Ich bin in der Lage, in der Sprechstunde die für mich wichtigen Fragen zu stellen.                               | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1   | 2                                                                                                                | 3                                                                                               | 4 | 5 | 6 |   |   |   |
|     | Gewünschte Unterstützung:                                                                                        |                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |
| 1.7 | Ich kenne meine Medikamente, die Dosierung und Einnahmezeiten und bin in der Medikamenteneinnahme selbstständig. | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1   | 2                                                                                                                | 3                                                                                               | 4 | 5 | 6 |   |   |   |
|     | Gewünschte Unterstützung:                                                                                        |                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |
| 1.8 | Ich kenne die häufigsten Nebenwirkungen und Wechselwirkungen meiner Medikamente.                                 | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1   | 2                                                                                                                | 3                                                                                               | 4 | 5 | 6 |   |   |   |
|     | Gewünschte Unterstützung:                                                                                        |                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |

|      |                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 1.9  | Ich kenne Namen, Zweck und Ablauf meiner üblichen Untersuchungen.                                                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|      | Gewünschte Unterstützung:                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |
| 1.10 | Ich kenne die Auslöser und Vorboten meiner Anfälle.                                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|      | Gewünschte Unterstützung:                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |
| 1.11 | Ich weiß, wann ich einen Anfall hatte und kenne die Auswirkungen auf meinen Alltag.                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|      | Gewünschte Unterstützung:                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |
| 1.12 | Ich führe einen Anfallskalender.                                                                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|      | Gewünschte Unterstützung:                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |
| 1.13 | Ich kenne meine Notfallmedikamente.                                                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|      | Gewünschte Unterstützung:                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |
| 1.14 | Ich weiß, wie ich im Notfall an Hilfe komme.                                                                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|      | Gewünschte Unterstützung:                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |
| 1.15 | Ich kenne den Einfluss von Schlafentzug, Alkohol, Nikotin und Drogen auf meine Erkrankung.                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|      | Gewünschte Unterstützung:                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |
| 1.16 | Ich kenne den Zusammenhang zwischen meiner Erkrankung und Sexualität, Verhütung, Kinderwunsch, Schwangerschaft und Vererbung. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|      | Gewünschte Unterstützung:                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |

## 2.0 Soziale Kompetenzen und Umfeld

|     |                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 2.1 | Ich fühle mich in meinem Körper wohl und bin mit mir zufrieden.                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|     | Gewünschte Unterstützung:                                                                                         |   |   |   |   |   |   |
| 2.2 | Ich habe sowohl privat als auch in der Schule bzw. Ausbildung Freunde oder Ansprechpartner.                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|     | Gewünschte Unterstützung:                                                                                         |   |   |   |   |   |   |
| 2.3 | Ich kann im täglichen Leben (Freunde, Schule, Ausbildung) sicher und selbstbewusst mit meiner Erkrankung umgehen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|     | Gewünschte Unterstützung:                                                                                         |   |   |   |   |   |   |

|                              |                                                                                                                                                                          |             |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 2.4                          | Ich weiß, mit wem ich reden kann, wenn es mir schlecht geht.                                                                                                             | 1 2 3 4 5 6 |
|                              | Gewünschte Unterstützung:                                                                                                                                                |             |
| 2.5                          | Ich weiß, wie ich mit anderen Betroffenen in Kontakt kommen kann.                                                                                                        | 1 2 3 4 5 6 |
|                              | Gewünschte Unterstützung:                                                                                                                                                |             |
| <b>3.0 Zukunft</b>           |                                                                                                                                                                          |             |
| 3.1                          | Ich habe Pläne in Bezug auf Ausbildung und Beruf.                                                                                                                        | 1 2 3 4 5 6 |
|                              | Gewünschte Unterstützung:                                                                                                                                                |             |
| 3.2                          | Ich weiß, was ich im Straßenverkehr und auf Reisen beachten muss (Führerschein, Verkehrsteilnahme).                                                                      | 1 2 3 4 5 6 |
|                              | Gewünschte Unterstützung:                                                                                                                                                |             |
| 3.3                          | Ich fühle mich über Hilfsangebote ausreichend informiert (Schwerbehindertenausweis, Behindertenhilfe, Berufsausbildung, Wohnen) und kenne die zuständigen Anlaufstellen. | 1 2 3 4 5 6 |
|                              | Gewünschte Unterstützung:                                                                                                                                                |             |
| <b>4.0 Gesundheitssystem</b> |                                                                                                                                                                          |             |
| 4.1                          | Ich kenne meine behandelnden Ärzte und Ansprechpartner, deren Zuständigkeit und Telefonnummern.                                                                          | 1 2 3 4 5 6 |
|                              | Gewünschte Unterstützung:                                                                                                                                                |             |
| 4.2                          | Ich kann selbstständig Sprechstundentermine vereinbaren und halte sie ein.                                                                                               | 1 2 3 4 5 6 |
|                              | Gewünschte Unterstützung:                                                                                                                                                |             |
| 4.3                          | Ich kann Rezepte anfordern und einlösen.                                                                                                                                 | 1 2 3 4 5 6 |
|                              | Gewünschte Unterstützung:                                                                                                                                                |             |
| 4.4                          | Ich gehe allein in die Sprechstunde oder suche mir selbst einen Begleiter.                                                                                               | 1 2 3 4 5 6 |
|                              | Gewünschte Unterstützung:                                                                                                                                                |             |
| 4.5                          | Ich kenne die Unterschiede zwischen der Erwachsenenmedizin und der Kinder- und Jugendmedizin.                                                                            | 1 2 3 4 5 6 |
|                              | Gewünschte Unterstützung:                                                                                                                                                |             |
| 4.6                          | Ich weiß, was ich für eine Behandlung bei einem Erwachsenenspezialisten brauche (z. B. Überweisung).                                                                     | 1 2 3 4 5 6 |
|                              | Gewünschte Unterstützung:                                                                                                                                                |             |
| 4.7                          | Ich kenne meinen Versicherungsstatus und das Leistungsspektrum meiner eigenen Krankenkasse und die damit verbundenen Rechte und Pflichten.                               | 1 2 3 4 5 6 |

|                                                           |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                   |                                                           |                                                              |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
|                                                           | Gewünschte Unterstützung:                                                                                |                                                                                                                                                                                   |                                                           |                                                              |   |   |   |   |
| <b>5.0 Transition</b>                                     |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                   |                                                           |                                                              |   |   |   |   |
| 5.1                                                       | Ich habe die Broschüre des Transitionsprogramms gelesen und mich mit dem Thema beschäftigt.              | <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td> </tr> </table>                                                                               | 1                                                         | 2                                                            | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1                                                         | 2                                                                                                        | 3                                                                                                                                                                                 | 4                                                         | 5                                                            | 6 |   |   |   |
|                                                           | Gewünschte Unterstützung:                                                                                |                                                                                                                                                                                   |                                                           |                                                              |   |   |   |   |
| 5.2                                                       | Ich kenne den Ablauf und die Angebote des Transitionsprogramms und habe Kontakt zu den Ansprechpartnern. | <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td> </tr> </table>                                                                               | 1                                                         | 2                                                            | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1                                                         | 2                                                                                                        | 3                                                                                                                                                                                 | 4                                                         | 5                                                            | 6 |   |   |   |
|                                                           | Gewünschte Unterstützung:                                                                                |                                                                                                                                                                                   |                                                           |                                                              |   |   |   |   |
| 5.3                                                       | Ich fühle mich auf den Übergang in die Erwachsenenmedizin gut vorbereitet.                               | <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td> </tr> </table>                                                                               | 1                                                         | 2                                                            | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1                                                         | 2                                                                                                        | 3                                                                                                                                                                                 | 4                                                         | 5                                                            | 6 |   |   |   |
|                                                           | Gewünschte Unterstützung:                                                                                |                                                                                                                                                                                   |                                                           |                                                              |   |   |   |   |
|                                                           | Ich habe mit meiner Erkrankung ein besonderes Problem, für das ich folgende Unterstützung brauche:       |                                                                                                                                                                                   |                                                           |                                                              |   |   |   |   |
|                                                           | Ich bin zur Transition in die Erwachsenenmedizin bereit und traue mir den Wechsel zu.                    | <table border="1"> <tr> <td>ja<br/><input type="checkbox"/></td> <td>nein<br/><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>                                                        | ja<br><input type="checkbox"/>                            | nein<br><input type="checkbox"/>                             |   |   |   |   |
| ja<br><input type="checkbox"/>                            | nein<br><input type="checkbox"/>                                                                         |                                                                                                                                                                                   |                                                           |                                                              |   |   |   |   |
|                                                           | Ich wünsche hierbei folgende Unterstützung und/oder Beratung:                                            |                                                                                                                                                                                   |                                                           |                                                              |   |   |   |   |
|                                                           | Ich habe diesen Fragebogen ...                                                                           | <table border="1"> <tr> <td>... <b>allein</b> ausgefüllt.<br/><input type="checkbox"/></td> <td>... <b>mit Hilfe</b> ausgefüllt.<br/><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | ... <b>allein</b> ausgefüllt.<br><input type="checkbox"/> | ... <b>mit Hilfe</b> ausgefüllt.<br><input type="checkbox"/> |   |   |   |   |
| ... <b>allein</b> ausgefüllt.<br><input type="checkbox"/> | ... <b>mit Hilfe</b> ausgefüllt.<br><input type="checkbox"/>                                             |                                                                                                                                                                                   |                                                           |                                                              |   |   |   |   |
| <b>Vielen Dank!</b>                                       |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                   |                                                           |                                                              |   |   |   |   |