

Patientenname:

Geburtsdatum:

Fragebogen Eltern 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 selbst oder Ihr/e Tochter/Sohn zu einem der Aspekte Unterstützung brauchen, vermerken Sie es bitte in dem freien Feld unterhalb der jeweiligen Frage. Der Fragebogen ist als Grundlage für ein ausführliches Gespräch mit Ihrem Arzt gedacht.

1.0 Krankheit • Behandlung • Gesundheit

1.1 Unser/e Tochter/Sohn kann ihre/seine Erkrankung beschreiben.

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

Gewünschte Unterstützung:

1.2 Unser/e Tochter/Sohn ist durch weitere Krankheiten betroffen und kennt die Art ihrer/seiner Beeinträchtigung/Behinderung.

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

Gewünschte Unterstützung:

1.3 Unser/e Tochter/Sohn fühlt sich über die Ursachen, Besonderheiten und Folgen ihrer/seiner Erkrankungen ausreichend informiert.

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

Gewünschte Unterstützung:

1.4 Unser/e Tochter/Sohn kennt ihren/seinen Krankheitsverlauf.

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

Gewünschte Unterstützung:

1.5 Unser/e Tochter/Sohn kann Auskunft zu ihrem/seinem Gesundheitszustand geben und kennt Anzeichen der Verschlechterung ihrer/seiner Erkrankung.

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

Gewünschte Unterstützung:

1.6	Unser/e Tochter/Sohn ist in der Lage, in der Sprechstunde die für sie/ihn wichtigen Fragen zu stellen.	1	2	3	4	5	6
	Gewünschte Unterstützung:						
1.7	Unser/e Tochter/Sohn kennt ihre/seine Medikamente, die Dosierung und Einnahmezeiten und ist in der Medikamenteneinnahme selbstständig.	1	2	3	4	5	6
	Gewünschte Unterstützung:						
1.8	Unser/e Tochter/Sohn kennt die häufigsten Nebenwirkungen und Wechselwirkungen ihrer/seiner Medikamente.	1	2	3	4	5	6
	Gewünschte Unterstützung:						
1.9	Unser/e Tochter/Sohn kennt Namen, Zweck und Ablauf ihrer/seiner üblichen Untersuchungen.	1	2	3	4	5	6
	Gewünschte Unterstützung:						
1.10	Unser/e Tochter/Sohn kennt die Auslöser und Vorboten ihrer/seiner Anfälle.	1	2	3	4	5	6
	Gewünschte Unterstützung:						
1.11	Unser/e Tochter/Sohn weiß, wann sie/er einen Anfall hatte und kennt die Auswirkung auf ihren/seinen Alltag.	1	2	3	4	5	6
	Gewünschte Unterstützung:						
1.12	Unser/e Tochter/Sohn führt einen Anfallskalender.	1	2	3	4	5	6
	Gewünschte Unterstützung:						
1.13	Unser/e Tochter/Sohn kennt ihre/seine Notfallmedikamente.	1	2	3	4	5	6
	Gewünschte Unterstützung:						

1.14	Unser/e Tochter/Sohn weiß, wie sie/er im Notfall an Hilfe kommt.	1 2 3 4 5 6
	Gewünschte Unterstützung:	
1.15	Unser/e Tochter/Sohn kennt den Einfluß von Schlafentzug, Alkohol, Nikotin und Drogen auf ihre/seine Erkrankung.	1 2 3 4 5 6
	Gewünschte Unterstützung:	
1.16	Unser/e Tochter/Sohn kennt den Zusammenhang zwischen ihrer/seiner Erkrankung und Sexualität, Verhütung, Kinderwunsch, Schwangerschaft und Vererbung.	1 2 3 4 5 6
	Gewünschte Unterstützung:	
2.0 Soziale Kompetenzen und Umfeld		
2.1	Unser/e Tochter/Sohn fühlt sich in ihrem/seinem Körper wohl und ist mit sich zufrieden.	1 2 3 4 5 6
	Gewünschte Unterstützung:	
2.2	Unser/e Tochter/Sohn hat sowohl privat als auch in der Schule bzw. Ausbildung Freunde oder Ansprechpartner.	1 2 3 4 5 6
	Gewünschte Unterstützung:	
2.3	Unser/e Tochter/Sohn kann im täglichen Leben (Freunde, Schule, Ausbildung) sicher und selbstbewusst mit ihrer/seiner Erkrankung umgehen.	1 2 3 4 5 6
	Gewünschte Unterstützung:	
2.4	Unser/e Tochter/Sohn weiß, mit wem sie/er reden kann, wenn es ihr/ihm schlecht geht.	1 2 3 4 5 6
	Gewünschte Unterstützung:	
2.5	Unser/e Tochter/Sohn weiß, wie sie/er in Kontakt mit anderen Betroffenen kommen kann.	1 2 3 4 5 6
	Gewünschte Unterstützung:	

3.0 Zukunft								
3.1	Unser/e Tochter/Sohn hat Pläne in Bezug auf Ausbildung und Beruf.	<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:							
3.2	Unser/e Tochter/Sohn weiß, was sie/er im Straßenverkehr und auf Reisen beachten muss (Führerschein, Verkehrsteilnahme).	<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:							
3.3	Unser/e Tochter/Sohn fühlt sich über Hilfsangebote ausreichend informiert (Schwerbehindertenausweis, Behindertenhilfe, Berufsausbildung, Wohnen) und kennt die zuständigen Anlaufstellen.	<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:							
4.0 Gesundheitssystem								
4.1	Unser/e Tochter/Sohn kennt ihre/seine behandelnden Ärzte und Ansprechpartner, deren Zuständigkeit und Telefonnummern.	<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:							
4.2	Unser/e Tochter/Sohn kann selbstständig Sprechstundentermine vereinbaren und hält sie ein.	<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:							
4.3	Unser/e Tochter/Sohn kann Rezepte anfordern und einlösen.	<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:							
4.4	Unser/e Tochter/Sohn geht allein in die Sprechstunde oder sucht sich selbst einen Begleiter.	<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:							

4.5	Unser/e Tochter/Sohn kennt die Unterschiede zwischen der Erwachsenenmedizin und der Kinder- und Jugendmedizin.	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td> </tr> </table> Gewünschte Unterstützung:	1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6			
4.6	Unsere/r Tochter/Sohn weiß, was sie/er für eine Behandlung bei einem Erwachsenen spezialisten braucht (z. B. Überweisung).	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td> </tr> </table> Gewünschte Unterstützung:	1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6			
4.7	Unser/e Tochter/Sohn kennt ihren/seinen Versicherungsstatus und das Leistungsspektrum ihrer/seiner Krankenkasse und die damit verbundenen Rechte und Pflichten.	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td> </tr> </table> Gewünschte Unterstützung:	1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6			
5.0 Transition								
5.1	Unser/e Tochter/Sohn hat die Broschüre des Transitionsprogramms gelesen und sich 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> Gewünschte Unterstützung:	1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6			
5.2	Unser/e Tochter/Sohn kennt den Ablauf und die Angebote des Transitionsprogrammes und hat 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> Gewünschte Unterstützung:	1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6			
5.3	Unser/e Tochter/Sohn fühlt sich 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> Gewünschte Unterstützung:	1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6			
	Unser/e Tochter/Sohn hat mit ihrer/seiner Erkrankung ein besonderes Problem, für das wir folgende Unterstützung benötigen:							

	Unser/e Tochter/Sohn ist zur Transition in die Erwachsenenmedizin bereit und wir trauen ihr/ihm den Wechsel zu.	ja ☐	nein ☐
	Unser/e Tochter Sohn benötigt hierbei folgende Unterstützung und/oder Beratung:		
Vielen Dank!			