

Patientenname:

Geburtsdatum:

Fragebogen Jugendliche Epilepsie 2

ausgefüllt von:

am:

Bitte lesen Sie die unten aufgeführten Punkte durch und kreuzen Sie jeweils in der nebenstehenden Skala den Grad Ihrer Zustimmung an.



Stimmt völlig oder
stimmt überwiegend

Stimmt gerade noch oder
stimmt eher nicht

Stimmt gar nicht oder
stimmt überwiegend 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 kenne meine Anfälle.



Gewünschte Unterstützung:

1.2 Ich kenne meine Krankheit.



Gewünschte Unterstützung:

1.3 Ich kann sagen, wie es mir geht.



Gewünschte Unterstützung:

1.4 Ich kenne meine Medikamente.



Gewünschte Unterstützung:

1.5 Ich weiß, wann ich meine Medikamente nehmen muss.



Gewünschte Unterstützung:

1.6 Ich weiß, was beim Arztbesuch passiert.



Gewünschte Unterstützung:

1.7 Ich merke, wenn ich einen Anfall hatte.



Gewünschte Unterstützung:

1.8 Ich sage Bescheid, wenn ich einen Anfall hatte.



Gewünschte Unterstützung:

1.9 Ich weiß, dass ich nicht zu lange aufbleiben darf und viel Schlaf brauche.



Gewünschte Unterstützung:

1.10	Ich weiß, dass Alkohol, Drogen und Zigaretten für mich schädlich sind.	☐ ☐ ☐
	Gewünschte Unterstützung:	
1.11	Ich weiß, dass ich beim Sex auf Verhütung achten muss.	☐ ☐ ☐
	Gewünschte Unterstützung:	
2.0 Soziale Kompetenzen und Umfeld		
2.1	Ich fühle mich in meinem Körper wohl und bin mit mir zufrieden.	☐ ☐ ☐
	Gewünschte Unterstützung:	
2.2	Ich habe Freunde und Bekannte, mit denen ich über alles sprechen kann.	☐ ☐ ☐
	Gewünschte Unterstützung:	
2.3	Ich weiß, mit wem ich reden kann, wenn es mir schlecht geht.	☐ ☐ ☐
	Gewünschte Unterstützung:	
2.4	Ich weiß, wie ich mit anderen Betroffenen in Kontakt kommen kann.	☐ ☐ ☐
	Gewünschte Unterstützung:	
3.0 Zukunft		
3.1	Ich weiß, wo ich arbeiten möchte.	☐ ☐ ☐
	Gewünschte Unterstützung:	
3.2	Ich weiß, wo und wie ich leben möchte.	☐ ☐ ☐
	Gewünschte Unterstützung:	
3.3	Ich kann Dinge selbst tun (Anziehen, Ausziehen, Waschen, Zähneputzen, Essen, Kochen, Einkaufen und Aufräumen).	☐ ☐ ☐
	Gewünschte Unterstützung:	
3.4	Ich kann mich alleine fortbewegen (Laufen, Fahrradfahren, mit dem Bus, der S-Bahn und der U-Bahn fahren).	☐ ☐ ☐
	Gewünschte Unterstützung:	
4.0 Gesundheitssystem		
4.1	Ich kenne meine Ärzte und Helfer.	☐ ☐ ☐
	Gewünschte Unterstützung:	

5.0 Transition			
	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.	ja ☐	nein ☐
	Ich wünsche hierbei folgende Unterstützung und/oder Beratung:		
	Ich habe diesen Fragenbogen ...	... allein ausgefüllt. ☐	... mit Hilfe ausgefüllt. ☐
Vielen Dank!			