



Patientenname:

Geburtsdatum:

Fragebogen Eltern Epilepsie 2

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

Wir haben ausreichend Kenntnisse über die Epilepsie unserer/s Tochter/Sohnes.

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

Gewünschte Unterstützung:

1.2

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

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

Gewünschte Unterstützung:

1.3

Wir fühlen uns über die Ursachen, Besonderheiten und Folgen der Erkrankungen unserer/s Tochter/Sohnes ausreichend informiert.

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

Gewünschte Unterstützung:

1.4

Wir kennen den Krankheitsverlauf unserer/s Tochter/Sohnes.

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

Gewünschte Unterstützung:

1.5

Wir können Auskunft über den Gesundheitszustand unserer/s Tochter/Sohnes geben und kennen Anzeichen der Verschlechterung der Erkrankung.

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

Gewünschte Unterstützung:

1.6	Wir können unsere/n Tochter/Sohn in der Kommunikation ihrer/seiner Bedürfnisse unterstützen.	1	2	3	4	5	6
	Gewünschte Unterstützung:						
1.7	Wir kennen die häufigsten Nebenwirkungen und Wechselwirkungen der Medikamente.	1	2	3	4	5	6
	Gewünschte Unterstützung:						
1.8	Wir kennen Namen, Zweck und Ablauf der üblichen Untersuchungen.	1	2	3	4	5	6
	Gewünschte Unterstützung:						
1.9	Wir kennen die Auslöser und Vorboten der Anfälle.	1	2	3	4	5	6
	Gewünschte Unterstützung:						
1.10	Wir führen einen Anfallskalender.	1	2	3	4	5	6
	Gewünschte Unterstützung:						
1.11	Wir können unserer/m Tochter/Sohn in akuten Notfallsituationen selbst helfen und kennen die Notfallmedikamente.	1	2	3	4	5	6
	Gewünschte Unterstützung:						
1.12	Unser/e Tochter/Sohn hat einen Notfallausweis, aus dem wir im Notfall entnehmen können, wie man an Hilfe kommt.	1	2	3	4	5	6
	Gewünschte Unterstützung:						
1.13	Wir kennen den Einfluss von Schlafentzug, Alkohol, Nikotin und Drogen auf die Erkrankung unserer/s Tochter/Sohnes.	1	2	3	4	5	6
	Gewünschte Unterstützung:						

1.14	Wir kennen den Einfluss der Erkrankung unserer/s Tochter/Sohnes auf 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 Freunde und Bekannte, mit denen sie/er über alles reden kann.	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.	1	2	3	4	5	6
	Gewünschte Unterstützung:						

3.2	Wir haben konkrete Vorstellungen über geeignete Wohnsituationen für unsere/n Tochter/Sohn.	<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 kann mit ihrer/seiner Umwelt kommunizieren und versteht einfache Aufforderungen.	<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:								
3.4	Unser/e Tochter/Sohn kann ihre Umgebung einschätzen und sich in überschaubaren Situationen selbstständig orientieren und reagieren.	<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:								
3.5	Unser/e Tochter/Sohn kann sich im Alltag bei der Körperpflege, Bekleidung, Mahlzeiten, Einkaufen und Pflege ihres/seines Wohnraumes selber helfen.	<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:								
3.6	Unser/e Tochter/Sohn hat Grundkenntnisse im Lesen, Schreiben, Rechnen.	<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:								
3.7	Unser/e Tochter/Sohn hat Möglichkeiten der selbstständigen Fortbewegung (Laufen, Gehhilfen, Rollstuhl, Fahrrad, öffentliche Verkehrsmittel).	<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:								
3.8	Wir wissen, was wir mit unserer/m Tochter/Sohn im Verkehr und auf Reisen beachten müssen.	<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:								
3.9	Wir sind über die Hilfsangebote unserer/s Tochter/Sohnes ausreichend informiert (Schwerbehinderung, Behindertenhilfe, Berufsausbildung, Wohnen) und kennen 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	Wir kennen die behandelnden Ärzte und Ansprechpartner unserer/s Tochter/Sohnes, 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	Wir können unsere/n Tochter/Sohn unterstützen, selbstständig Sprechstundentermine zu vereinbaren und einzuhalten.	<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	Wir können unsere/n Tochter/Sohn unterstützen, selbstständig Rezepte anzufordern und einzulösen.	<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 sucht sich selbst einen Begleiter für die Sprechstunde.	<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 kann der Sprechstunde folgen und eigene Bedürfnisse äußern.	<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:							
4.6	Wir kennen die Besonderheiten in der Erwachsenenmedizin und Unterschiede zur 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>	1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6			
	Gewünschte Unterstützung:							
4.7	Wir wissen, was wir für eine Behandlung bei einem Erwachsenenspezialisten brauchen (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>	1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6			
	Gewünschte Unterstützung:							
4.8	Wir kennen den Versicherungsstatus unserer/s Tochter/Sohnes, das Leistungsspektrum der zuständigen 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>	1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6			
	Gewünschte Unterstützung:							

5.0 Transition								
5.1	Wir haben die Broschüre des Transitionsprogramms gelesen und uns 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	Wir kennen den Ablauf und die Angebote des Transitionsprogramms und haben 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	Wir fühlen uns 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:							
	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 uns den Wechsel zu.	<table border="1"> <tr> <td>ja</td><td>nein</td> </tr> <tr> <td>☐</td><td>☐</td> </tr> </table>	ja	nein	☐	☐		
ja	nein							
☐	☐							
	Unser/e Tochter Sohn benötigt hierbei folgende Unterstützung und/oder Beratung:							
Vielen Dank!								