

Patientenname:

Geburtsdatum:

Fragebogen Jugendliche CED

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 kenne meine Krankheit und kann sie beschreiben.	1 2 3 4 5 6
	Gewünschte Unterstützung:	
1.2	Ich bin über mögliche Folgen meiner Krankheit ausreichend informiert.	1 2 3 4 5 6
	Gewünschte Unterstützung:	
1.3	Ich kann über meinen eigenen Krankheitsverlauf Auskunft geben.	1 2 3 4 5 6
	Gewünschte Unterstützung:	
1.4	Ich kann Auskunft zu meinem Gesundheitszustand geben und kenne Anzeichen der Verschlechterung meiner Erkrankung.	1 2 3 4 5 6
	Gewünschte Unterstützung:	
1.5	Ich bin in der Lage, in der Sprechstunde die für mich wichtigen Fragen zu stellen.	1 2 3 4 5 6
	Gewünschte Unterstützung:	
1.6	Ich kenne Namen und Anwendung der von mir verwendeten Medikamente (und ggf. auch Spezialnahrungen)	1 2 3 4 5 6
	Gewünschte Unterstützung:	
1.7	Ich kenne Wirkungen und auch Nebenwirkungen meiner Medikamente	1 2 3 4 5 6
	Gewünschte Unterstützung:	
1.8	Ich kenne wichtige Laborparameter zur Überwachung meiner Krankheit, z.B. CRP, Blutsenkung, Blutbild, Calprotectin im Stuhl	1 2 3 4 5 6
	Gewünschte Unterstützung:	

1.9	Ich kann die Laborwerte deuten und auf meinen Krankheitsverlauf beziehen	1	2	3	4	5	6
	Gewünschte Unterstützung:						
1.10	Ich kenne Frühzeichen eines Schubes meiner Krankheit	1	2	3	4	5	6
	Gewünschte Unterstützung:						
1.11	Bei einem Schub melde ich mich bei meinem behandelnden Arzt	1	2	3	4	5	6
	Gewünschte Unterstützung:						
1.12	Ich kenne Inhalt und Ablauf üblicher Untersuchungen (Ultraschall, Spiegelungen, MRT)	1	2	3	4	5	6
	Gewünschte Unterstützung:						
1.13	Ich weiß, wie ich im Notfall an Hilfe komme.	1	2	3	4	5	6
	Gewünschte Unterstützung:						
1.14	Ich kenne den Einfluss von Alkohol, Nikotin und Drogen auf meine Krankheit	1	2	3	4	5	6
	Gewünschte Unterstützung:						
1.15	Ich kenne evtl. Nebenwirkungen meiner Medikamente bezüglich 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:						

3.0 Zukunft								
3.1	Ich habe 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	Ich weiß, was ich bei längeren Reisen beachten muss	<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	Ich fühle mich über Hilfsangebote ausreichend informiert (Selbsthilfeorganisation, Schwerbehindertenausweis, Behindertenhilfe, Berufsausbildung) und kenne 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	Ich kenne meine 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	Ich kann selbstständig Sprechstundentermine vereinbaren und halte 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	Ich 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	Ich gehe allein in die Sprechstunde oder suche mir 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	Ich kenne 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>	1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6			
	Gewünschte Unterstützung:							
4.6	Ich weiß, was ich zu den Sprechstundenterminen mitbringen muss (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>	1	2	3	4	5	6
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.	<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	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</td><td>nein</td> </tr> <tr> <td>☐</td><td>☐</td> </tr> </table>	ja	nein	☐	☐		
ja	nein							
☐	☐							
	Ich wünsche hierbei folgende Unterstützung und/oder Beratung:							
	Ich habe diesen Fragenbogen ...	<table border="1"> <tr> <td>... allein ausgefüllt.</td><td>... mit Hilfe ausgefüllt.</td> </tr> <tr> <td>☐</td><td>☐</td> </tr> </table>	... allein ausgefüllt.	... mit Hilfe ausgefüllt.	☐	☐		
... allein ausgefüllt.	... mit Hilfe ausgefüllt.							
☐	☐							
Vielen Dank!								