

## Studie zur Fertilität (Fruchtbarkeit) nach Chemo- und Strahlentherapie im Kindes- und Jugendalter (FeCt)

In Kooperation mit dem Robert Koch-Institut,  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung

### Nachkommenstudie

Liebe Studienteilnehmerin, lieber Studienteilnehmer,

herzlichen Dank für die Teilnahme an unserer FeCt-Nachkommenstudie durch die wir den Gesundheitszustand der Nachkommen ehemaliger kideronkologischer Patienten erfassen möchten.

Bitte füllen Sie, als ehemalige Patientin/ehemaliger Patient beziehungsweise als Bruder oder Schwester eines ehemaligen Patienten, einen Bogen für jedes Ihrer leiblichen Kinder gesondert aus. Fehlende Fragebögen senden wir Ihnen gerne zu. Um diese anzufordern, sowie bei Rückfragen, können Sie uns jederzeit unter unten stehender E-Mail-Adresse oder Telefonnummer erreichen.

Falls Sie sich bei einigen Fragen nicht sicher sind, beantworten Sie diese bitte so gut wie möglich. Bitte kreuzen Sie für sich oder Ihr Kind entweder die entsprechenden Kästchen an oder tragen Sie die Antwort auf die vorgegebene Linie ein.

Alle Antworten werden ohne Rückschlussmöglichkeit auf Ihre Person gespeichert und ausgewertet.

#### Ihr Team der FeCt-Studie

Otto-Heubner-Centrum für Kinder und Jugendmedizin

Klinik für Pädiatrie m.S. Onkologie/Hämatologie,  
Charité Campus Virchow-Klinikum,  
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

Telefon: +49 (0)30 450 66 62 04

E-Mail: FeCt-Studie@charite.de

#### Impressum:

Herausgeber: „FeCt-Studie“, Charité – Universitätsmedizin Berlin  
in Kooperation mit der „KiGGS-Studie“, Robert Koch-Institut, Berlin

Gestaltung und Satz: da vinci design GmbH, Berlin

Fotonachweis: Anja Borgmann-Staudt

© Berlin, 2012 (D)



**Das bin ich, 7 Jahre alt**, mit meiner Schwester. Wir waren bei jedem Wetter gerne draußen und es gab immer viel zu entdecken. Eine Erkältung blieb trotzdem nicht immer aus, aber auch diese Erfahrung konnten wir dann wenigstens teilen.

**So, nun wissen Sie etwas von mir als ich klein war.**

Jetzt sind Sie an der Reihe. Ihre Angaben werden helfen mehr über die Gesundheit von Kindern ehemaliger kideronkologischer Patienten herauszufinden, um Sie und zukünftige kideronkologische Patienten besser beraten zu können.

**PD Dr. med. Anja Borgmann-Staudt**

Kinderärztin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Leiterin der FeCt-Studien

## Angaben zu den Personen

1 In welchem Land sind Sie als Mutter/Vater und die Großeltern des Kindes geboren?  
(Bitte für beide Eltern- und Großelternanteile angeben!)

|                  | In<br>Deutschland     | In einem<br>anderen Land | In welchem? |
|------------------|-----------------------|--------------------------|-------------|
| Mutter .....     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    | .....       |
| Großmutter ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    | .....       |
| Großvater .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    | .....       |
| Vater .....      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    | .....       |
| Großmutter ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    | .....       |
| Großvater .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    | .....       |

2 Wie viele leibliche Kinder haben Sie?

leibliche Kinder

3 In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren?

. Schwangerschaftswoche

Wurde Ihr Kind nach Durchführung einer künstlichen Befruchtung geboren?

Ja .....  → Wenn ja, durch: In-vitro Fertilisation (IVF) .....   
Nein .....  Intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) .....

4 Allgemeine Angaben zum Kind

Geburtsdatum Ihres Kindes:   Tag   Monat     Jahr

Geschlecht Ihres Kindes: Männlich .....  Weiblich .....

Wie schwer und wie groß war Ihr Kind bei der Geburt?

Ca.     Gramm Ca.   Zentimeter

5 Bei wem lebt Ihr Kind hauptsächlich? (Hier bitte nur ein Kreuz machen!)

Leiblichen Eltern .....   
Mutter und ihrem Partner .....   
Vater und seiner Partnerin .....   
Mutter .....   
Vater .....   
Großeltern oder anderen Verwandten .....   
Pflegeeltern/Adoptiveltern .....   
In einem Heim .....

## Krankheiten

6 Wie würden Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben?

Sehr gut  Gut  Mittelmäßig  Schlecht  Sehr schlecht

7 Hatte Ihr Kind jemals folgende ansteckende Krankheiten?

|                                                               | Ja                    | Nein                  | Weiß nicht            |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Keuchhusten .....                                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Masern .....                                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mumps (Ziegenpeter) .....                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Röteln .....                                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Windpocken .....                                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Scharlach .....                                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pfeiffersches Drüsenfieber<br>(infektiöse Mononukleose) ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|                                                                                           | Ja                    | Nein                  | Weiß nicht            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Herpes-Infektion: Bläschen an Lippen und/oder Nase, Mundfäule (Stomatitis aphthosa) ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Salmonelleninfektion .....                                                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hepatitis (ohne Neugeborenen-Gelbsucht) .....                                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lungenentzündung (Pneumonie) .....                                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mittelohrentzündung (Otitis media) .....                                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**8 Welche der folgenden Krankheiten hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten und wie oft?**  
(Falls Ihr Kind keine dieser Krankheiten hatte, tragen Sie bitte jeweils eine 0 ein.)

|                                                                                           |                      |                      |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|-----|
| Erkältung, grippaler Infekt .....                                                         | <input type="text"/> | <input type="text"/> | mal |
| Mandelentzündung (Angina) .....                                                           | <input type="text"/> | <input type="text"/> | mal |
| Herpes-Infektion: Bläschen an Lippen und/oder Nase, Mundfäule (Stomatitis aphthosa) ..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> | mal |
| Bronchitis (nicht bei Asthma) .....                                                       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | mal |
| Pseudokrupp/Kruppsyndrom .....                                                            | <input type="text"/> | <input type="text"/> | mal |
| Durchfall, Magen-Darm-Infektion .....                                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/> | mal |
| Blasen- und/oder Harnwegsentzündung .....                                                 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | mal |
| Eitrige Bindehautentzündung (bakterielle Konjunktivitis) .....                            | <input type="text"/> | <input type="text"/> | mal |
| Lungenentzündung (Pneumonie) .....                                                        | <input type="text"/> | <input type="text"/> | mal |
| Mittelohrentzündung (Otitis media) .....                                                  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | mal |

**9 Hatte Ihr Kind jemals folgende Krankheiten?**

|                                                                                                                       | Ja                    | Nein                  | Weiß nicht            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Heuschnupfen (allergische, nicht eitrige Bindehautentzündung) .....                                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Neurodermitis (juckendes Ekzem, besonders in den Ellenbeugen und Kniekehlen, endogenes Ekzem, atopisches Ekzem) ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Allergisches Kontaktekzem (Hautausschlag, z. B. durch Nickel in Uhren, Modeschmuck) .....                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Psoriasis (Schuppenflechte, nicht Kopfschuppen) .....                                                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Obstruktive (spastische) Bronchitis .....                                                                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Asthma .....                                                                                                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**10 Leiden die leiblichen Eltern (Sie und/oder der zweite Elternteil) unter Allergien?**

Ja .....       Nein .....       Weiß nicht .....

↓

Wenn ja, welche Allergien sind das?

|                           | Mutter                | Vater                 |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Heuschnupfen .....        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Neurodermitis .....       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Allergisches Asthma ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Andere .....              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**11 Leiden andere, gemeinsam mit dem Kind im Haushalt lebende Personen unter einer der oben genannten Allergien?**

Ja .....       → Wenn ja, wer ist das? .....

Nein .....       .....

**12 Hatte Ihr Kind jemals eine onkologische Erkrankung (Krebs)?**

Ja .....  → Wenn ja, welche? .....

Nein .....  .....



Wenn nein, wie groß ist Ihre Angst Ihr Kind könnte Krebs bekommen? (Bitte kennzeichnen Sie die Stärke mit einem **senkrechten** Strich auf der Linie!)



**13 Hatte Ihr Kind jemals eine Fehlbildung (zum Beispiel eine Spaltbildung)?**

Ja .....  → Wenn ja, welche? .....

Nein .....  .....

**14 Hatte Ihr Kind jemals eine Fehlsichtigkeit?**

|                           | Ja                    | Nein                  | Weiß nicht            |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Kurzsichtigkeit .....     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Weitsichtigkeit .....     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hornhautverkrümmung ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schielen .....            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Wenn ja, hat Ihr Kind eine Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen)?

Ja .....       Nein .....



Mit wie vielen Jahren hat Ihr Kind die Sehhilfe bekommen?

Mit   Jahren

**15 Ist Ihr Kind dauerhaft schwerhörig?**

Ja .....       Nein .....       Weiß nicht .....



Wenn ja, hat Ihr Kind ein Hörgerät?



Ja .....       Nein .....

**16 Hatte Ihr Kind jemals eine der folgenden Erkrankungen, die durch einen Arzt festgestellt wurde?**

|                                                                                                                       | Ja                    | Wenn ja, welche | Nein                  | Weiß nicht            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------|
| Bluterkrankung (Hämatologische Erkrankung wie z. B. Anämie [Blutarmut], Thrombopenie [Mangel an Blutplättchen]) ..... | <input type="radio"/> | .....           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzerkrankung .....                                                                                                  | <input type="radio"/> | .....           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Krampfanfall .....                                                                                                    | <input type="radio"/> | .....           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Migräne .....                                                                                                         | <input type="radio"/> | .....           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Aufmerksamkeitsstörung/<br>Hyperaktivität .....                                                                       | <input type="radio"/> | .....           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schilddrüsenerkrankung .....                                                                                          | <input type="radio"/> | .....           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Diabetes .....                                                                                                        | <input type="radio"/> | .....           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wirbelsäulenerkrankung .....                                                                                          | <input type="radio"/> | .....           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| .....                                                                                                                 |                       |                 |                       |                       |
| Hatte Ihr Kind jemals weitere Erkrankungen, die bisher nicht genannt wurden? .....                                    | <input type="radio"/> | .....           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| .....                                                                                                                 |                       |                 |                       |                       |
| Haben Sie Angst Ihr Kind könnte weitere gesundheitliche Probleme bekommen? .....                                      | <input type="radio"/> | .....           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| .....                                                                                                                 |                       |                 |                       |                       |

## Schmerzen

### 17 Hatte Ihr Kind in den letzten 3 Monaten Schmerzen?

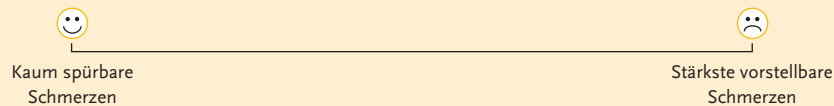
Nein, es hatte keine Schmerzen   Bitte weiter mit Frage 21  
 Ja, es hatte Schmerzen   Zutreffendes in der Liste bitte ankreuzen

|                              | Ja, einmalig          | Ja, wiederholt        | Nein                  |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Kopfschmerzen .....          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Rückenschmerzen .....        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ohrenschmerzen .....         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Augenschmerzen .....         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bauchschmerzen .....         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schmerzen im Unterleib ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Armschmerzen .....           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Beinschmerzen .....          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schmerzen im Brustkorb ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Halsschmerzen .....          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Zahnschmerzen .....          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Andere, welche? .....        |                       |                       |                       |

### 18 Welcher dieser Schmerzen Ihres Kindes war in den letzten 3 Monaten der Hauptschmerz? (Bitte hier nur einen Schmerz angeben.)

Der Hauptschmerz meines Kindes war: .....

### 19 Wie stark war der Hauptschmerz (normalerweise)? (Bitte kennzeichnen Sie die Stärke mit einem senkrechten Strich auf der Linie!)



## 20 Wegen dieses Hauptschmerzes ...

|                                                                 | Nie                   | Einmal                | Manchmal              | Häufig                | Immer                 |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ... hat mein Kind Medikamente eingenommen .....                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... habe ich mit meinem Kind einen Arzt aufgesucht .....        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... konnte mein Kind nicht in die Schule gehen .....            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... konnte mein Kind seine Freunde nicht treffen .....          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... hatte mein Kind keinen Appetit/ konnte es nicht essen ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... hatte mein Kind Schlafprobleme .....                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... konnte mein Kind seine Hobbys nicht ausüben .....           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... konnte ein Elternteil nicht zur Arbeit gehen .....          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... hat mein Kind sich hingelegt .....                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... war mein Kind anders beeinträchtigt .....                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| worin? .....                                                    |                       |                       |                       |                       |                       |
| .....                                                           |                       |                       |                       |                       |                       |
| ... hat mein Kind Folgendes getan: .....                        |                       |                       |                       |                       |                       |
| .....                                                           |                       |                       |                       |                       |                       |
| .....                                                           |                       |                       |                       |                       |                       |

## Wohlbefinden

Bei den nun folgenden Fragen geht es um das gesundheitliche Wohlbefinden Ihres Kindes.

- ▶ Bitte lesen Sie jede Frage genau durch,
- ▶ überlegen Sie, wie Ihr Kind sich in der letzten Woche gefühlt hat,
- ▶ kreuzen Sie die Antwort an, die für Ihr Kind am besten zutrifft.

**21 Körperliches Wohlbefinden:**

| In der letzten Woche ...                               | Nie                   | Einmal                | Manchmal              | Oft                   | Immer                 |
|--------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ... hat mein Kind sich krank gefühlt .....             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... hatte mein Kind Kopf- oder<br>Bauchschmerzen ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... war mein Kind müde und schlapp .....               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... hatte mein Kind viel Kraft und Ausdauer .....      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**22 Seelisches Wohlbefinden:**

| In der letzten Woche ...                                        | Nie                   | Einmal                | Manchmal              | Oft                   | Immer                 |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ... hat mein Kind viel gelacht und<br>Spaß gehabt .....         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... hatte mein Kind zu nichts Lust .....                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... hat mein Kind sich allein gefühlt .....                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... hat mein Kind sich ängstlich oder<br>unsicher gefühlt ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**23 Selbstwert:**

| In der letzten Woche ...                            | Nie                   | Einmal                | Manchmal              | Oft                   | Immer                 |
|-----------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ... war mein Kind stolz auf sich .....              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... fühlte mein Kind sich wohl in seiner Haut ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... mochte mein Kind sich selbst leiden .....       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... hatte mein Kind viele gute Ideen .....          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**24 Familie:**

| In der letzten Woche ...                                          | Nie                   | Einmal                | Manchmal              | Oft                   | Immer                 |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ... hat mein Kind sich gut mit uns<br>als Eltern verstanden ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... hat mein Kind sich zu Hause wohl gefühlt .....                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... hatten wir schlimmen Streit zu Hause .....                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... fühlte mein Kind sich durch mich<br>bevormundet .....         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**25 Freunde:**

| In der letzten Woche ...                                                    | Nie                   | Einmal                | Manchmal              | Oft                   | Immer                 |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ... hat mein Kind etwas mit Freunden<br>zusammen gemacht .....              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... ist mein Kind bei anderen<br>„gut angekommen“ .....                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... hat mein Kind sich gut mit seinen<br>Freunden verstanden .....          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... hatte mein Kind das Gefühl, dass es<br>anders ist als die anderen ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**26 Schule:**

| In der letzten Woche, in der mein Kind<br>in der Schule war, ... | Nie                   | Einmal                | Manchmal              | Oft                   | Immer                 |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ... hat mein Kind die Schulaufgaben<br>gut geschafft .....       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... hat meinem Kind der Unterricht<br>Spaß gemacht .....         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... hat mein Kind sich Sorgen um<br>seine Zukunft gemacht .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... hatte mein Kind Angst vor schlechten Noten .....             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## Lebensbedingungen

### 27 Die Einschulung meines Kindes erfolgte ...

- ... mein Kind geht noch nicht zur Schule .....  → Bitte weiter mit Frage 30
- ... regulär .....
- ... mit Zurückstellung .....
- ... vorzeitig .....

### 28 Seit dem Schuleintritt hat mein Kind ...

- ... alle Klassenstufen regulär durchlaufen .....
- ... eine/mehrere Klasse(n) übersprungen .....
- ... eine/mehrere Klasse(n) wiederholt .....
- ... die erste Klasse noch nicht durchlaufen .....

### 29 Wie beurteilen Sie die Schulleistungen Ihres Kindes?

Wenn Ihr Kind **noch keine** Schulnoten erhält:

- Ungenügend      Unterdurchschnittlich      Durchschnittlich      Überdurchschnittlich
- 

Wenn Ihr Kind **bereits** Schulnoten erhält:

Welche Note hatte Ihr Kind auf dem letzten Zeugnis in ...

- Mathematik .....
- Deutsch .....

### 30 Wie häufig ...

- |                                                          | Fast jeden Tag        | 3-5 mal pro Woche     | 1-2 mal pro Woche     | Seltener              | Nie                   |
|----------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ... spielt Ihr Kind im Freien? .....                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... treibt Ihr Kind Sport in einem Verein? .....         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... treibt Ihr Kind Sport außerhalb eines Vereins? ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### 31 Wie lange sieht/spielt Ihr Kind durchschnittlich pro Tag ... (Bitte kreuzen Sie an, was am ehesten zutrifft.)

- |                                | Gar nicht             | Ca. 30 Min. pro Tag   | Ca. 1-2 Std. pro Tag  | Ca. 3-4 Std. pro Tag  | Mehr als 4 Std. pro Tag |
|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| ... Fernsehen/Videofilme?      |                       |                       |                       |                       |                         |
| an einem Wochentag .....       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   |
| an einem Samstag/Sonntag ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   |
| ... an einem Computer?         |                       |                       |                       |                       |                         |
| an einem Wochentag .....       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   |
| an einem Samstag/Sonntag ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   |

## Ernährung, Gesundheitsverhalten

### 32 Wurde oder wird Ihr Kind gestillt?

- Ja .....       Nein .....       Weiß nicht .....

Bis zu welchem Monat wurde es gestillt?

Bis zum   . Lebensmonat

**33 Wie groß und wie schwer ist Ihr Kind derzeit?**

Ca.  ,  kg Ca.  cm

**34 Sind Sie der Ansicht, dass Ihr Kind ...**

... viel zu dünn ist?     ... ein bisschen zu dünn ist?     ... genau das richtige Gewicht hat?     ... ein bisschen zu dick ist?     ... viel zu dick ist?

**35 Wie oft putzt sich Ihr Kind die Zähne/werden die Zähne Ihres Kindes geputzt?**

Zweimal täglich oder häufiger     Einmal täglich     Mehrmals pro Woche     Einmal pro Woche oder seltener     Gar nicht

**Rauchen, Alkohol**

**36 Hat die Mutter des Kindes während der Schwangerschaft Alkohol getrunken?**

Ja, regelmäßig     Ja, ab und zu     Nein, nie

**37 Hat die Mutter des Kindes während der Schwangerschaft geraucht?**

Ja, regelmäßig     Ja, ab und zu     Nein, nie

**38 Wird in der Gegenwart Ihres Kindes in der Wohnung geraucht?**

Täglich     Mehrmals pro Woche     Einmal pro Woche     Seltener     Nie

**Inanspruchnahme medizinischer Leistungen**

**39 Welche der nachfolgenden Ärzte, Zahnarzt oder Psychologe eingeschlossen, haben Sie für Ihr Kind in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen und wie häufig (Hausbesuche mitgerechnet)? Hinweis: Hier ist nicht die Behandlung in einem Krankenhaus gemeint!**

|                                                                        | Arztbesuche                               |     | Haben Sie den Arzt gewechselt? |                       |                                               |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----|--------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------|
|                                                                        | Wie oft?                                  |     | Ja                             | Nein                  | Wie oft?                                      |
| Kinderarzt .....                                                       | <input type="text"/> <input type="text"/> | mal | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| Arzt für Allgemeinmedizin/<br>Praktischer Arzt .....                   | <input type="text"/> <input type="text"/> | mal | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| Frauenarzt .....                                                       | <input type="text"/> <input type="text"/> | mal | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| Internist (Innere Medizin) .....                                       | <input type="text"/> <input type="text"/> | mal | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| Augenarzt .....                                                        | <input type="text"/> <input type="text"/> | mal | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| Orthopäde .....                                                        | <input type="text"/> <input type="text"/> | mal | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| Hals-Nasen-Ohrenarzt .....                                             | <input type="text"/> <input type="text"/> | mal | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| Nervenarzt/Psychiater .....                                            | <input type="text"/> <input type="text"/> | mal | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| Psychologe .....                                                       | <input type="text"/> <input type="text"/> | mal | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| Chirurg .....                                                          | <input type="text"/> <input type="text"/> | mal | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| Hautarzt .....                                                         | <input type="text"/> <input type="text"/> | mal | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| Röntgenarzt .....                                                      | <input type="text"/> <input type="text"/> | mal | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| Urologe .....                                                          | <input type="text"/> <input type="text"/> | mal | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| Arzt für Naturheilkunde .....                                          | <input type="text"/> <input type="text"/> | mal | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| Arzt mit Zusatzbezeichnung<br>Homöopathie .....                        | <input type="text"/> <input type="text"/> | mal | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| Arzt für Öffentliches Gesundheits-<br>wesen, Amtsarzt, Schularzt ..... | <input type="text"/> <input type="text"/> | mal | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| Zahnarzt .....                                                         | <input type="text"/> <input type="text"/> | mal | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| Sonstiger Arzt .....                                                   | <input type="text"/> <input type="text"/> | mal | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| Und zwar .....                                                         |                                           |     |                                |                       |                                               |



**40 Welche der nachfolgenden Therapien haben Sie für Ihr Kind in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen und wie häufig?**

|                                       |                          | Zufriedenheit mit der Behandlung/Betreuung? |                       |
|---------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------|
| Wie oft?                              |                          | Ja                                          | Nein                  |
| Heilpraktiker.....                    | <input type="text"/> mal | <input type="radio"/>                       | <input type="radio"/> |
| Krankengymnast (Physiotherapeut)..... | <input type="text"/> mal | <input type="radio"/>                       | <input type="radio"/> |
| Sprachtherapeut (Logopäde).....       | <input type="text"/> mal | <input type="radio"/>                       | <input type="radio"/> |
| Sonstige.....                         | <input type="text"/> mal | <input type="radio"/>                       | <input type="radio"/> |
| Welche? .....                         |                          |                                             |                       |
| Jugendamt.....                        | <input type="text"/> mal | <input type="radio"/>                       | <input type="radio"/> |

**41 Welche Früherkennungsuntersuchungen haben Sie für Ihr Kind in Anspruch genommen?**

- U1 Nach der Geburt .....
- U2 3.–10. Lebensstag .....
- U3 4.–6. Lebenswoche .....
- U4 3.–4. Lebensmonat .....
- U5 6.–7. Lebensmonat .....
- U6 10.–12. Lebensmonat .....
- U7 21.–24. Lebensmonat .....
- U8 43.–48. Lebensmonat .....
- U9 Im 6. Lebensjahr .....
- Trifft nicht zu .....

↓  
 Haben Sie andere Vorsorgeuntersuchungen für Ihr Kind in Anspruch genommen (auch in Kindereinrichtungen und Schulen)?  
 Ja .....     Nein .....     Weiß nicht .....   
 Wurde nicht angeboten .....

**42 Wurde Ihr Kind gegen folgende Erkrankungen geimpft? (Bitte kreuzen Sie an, was am ehesten zutrifft.)**

|                                         | Ja                    | Nein                  | Weiß nicht            |
|-----------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Diphtherie.....                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wundstarrkrampf (Tetanus).....          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Keuchhusten (Pertussis).....            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hepatitis B.....                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kinderlähmung (Poliomyelitis).....      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haemophilus influenzae Typ B (Hib)..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pneumokokken.....                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Meningokokken.....                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Masern.....                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mumps.....                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Röteln.....                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hepatitis A.....                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Windpocken (Varizellen).....            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Humanes Papillomavirus (HPV).....       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| FSME (Zeckenimpfung).....               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**43 In welcher Krankenversicherung/-kasse ist Ihr Kind versichert? (Bitte denken Sie dabei auch an Zusatzversicherungen und Beihilfen. Dann sind mehrere Kreuze möglich.)**

- Gesetzliche Krankenversicherung**.....
- Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK).....
- Ersatzkrankenkasse (Barmer, DAK, TK, GEK usw.).....
- Betriebskrankenkasse.....
- Innungskrankenkasse.....
- Andere gesetzliche Krankenkasse.....
- Private Krankenversicherung**.....
- Vollversicherung.....
- Zusatzversicherung.....

- Andere Krankenversicherungen** .....
- Beihilfe (z. B. Öffentlicher Dienst) .....
- Ausländische Krankenkasse .....
- Sonstiger Anspruch auf Krankenversorgung .....
- Keine Krankenversicherung** .....

## Soziodemographie

Nun zum Abschluss noch einige Fragen zu Ihnen:  
Bitte denken Sie auch in diesem Fall daran, dass mit der Rubrik „Mutter“ oder „Vater“ auch diejenigen Personen gemeint sind, die für Ihr Kind diese Funktion übernehmen, wie z. B. der Lebenspartner der Mutter, die Lebenspartnerin des Vaters oder sonstige Personen.

**44 Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung? Wenn ja, welche?**  
(Nennen Sie bitte nur den höchsten Abschluss. Bitte für beide Elternteile angeben!)

|                                                                             | Mutter                | Vater                 |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung) .....                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Berufsschule, Handelsschule (beruflich-schulische Ausbildung) .....         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fachschule (z. B. Meister-Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie) ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fachhochschule, Ingenieurschule .....                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Universität, Hochschule .....                                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Anderer Ausbildungsabschluss .....                                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kein beruflicher Abschluss (und auch nicht in der Ausbildung) .....         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Noch in beruflicher Ausbildung (Auszubildender, Student) .....              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**45 Welche der folgenden Angaben zur Berufstätigkeit trifft auf Sie zu?**  
(Bitte für beide Elternteile angeben!)

| Zurzeit ...                                                    | Mutter                | Vater                 |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| ... nicht berufstätig (Rentner, Student usw.) .....            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... arbeitslos .....                                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... vorübergehende Freistellung (z. B. Erziehungsurlaub) ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... Teilzeit oder stundenweise berufstätig .....               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... voll berufstätig .....                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... Auszubildender (z. B. Lehrling) .....                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**46 Wie hoch ist das durchschnittliche monatliche Haushaltseinkommen, d. h. das Nettoeinkommen, das alle Haushaltsmitglieder zusammen nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben haben?** (Einschließlich Erziehungsgeld und Kindergeld.)

|                               |                       |
|-------------------------------|-----------------------|
| Unter 500 € .....             | <input type="radio"/> |
| 500 bis unter 750 € .....     | <input type="radio"/> |
| 750 bis unter 1.000 € .....   | <input type="radio"/> |
| 1.000 bis unter 1.250 € ..... | <input type="radio"/> |
| 1.250 bis unter 1.500 € ..... | <input type="radio"/> |
| 1.500 bis unter 1.750 € ..... | <input type="radio"/> |
| 1.750 bis unter 2.000 € ..... | <input type="radio"/> |
| 2.000 bis unter 2.250 € ..... | <input type="radio"/> |
| 2.250 bis unter 2.500 € ..... | <input type="radio"/> |
| 2.500 bis unter 3.000 € ..... | <input type="radio"/> |
| 3.000 bis unter 4.000 € ..... | <input type="radio"/> |
| 4.000 bis unter 5.000 € ..... | <input type="radio"/> |
| 5.000 € und mehr .....        | <input type="radio"/> |

**Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!**  
**Bitte prüfen Sie Ihre Angaben noch einmal auf Vollständigkeit.**