

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

Schweizer Kinderkrebsregister

Institut für Sozial- und Präventivmedizin
Universität Bern
Finkenhubelweg 11, 3012 Bern

Telefon: +41 (0)31 631 56 70
E-Mail: kinderkrebsregister@ispm.unibe.ch
Internet: www.kinderkrebsregister.ch

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 (CH)



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 der Schweiz	In einem 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 (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/ 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?

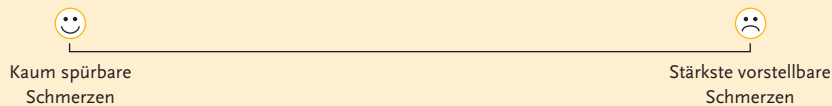
Nein, es hatte keine Schmerzen  Bitte weiter mit Frage 21
 Ja, es hatte Schmerzen  Zutreffendes in der Liste bitte ankreuzen

	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 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 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 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 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 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 zusammen gemacht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ist mein Kind bei anderen „gut angekommen“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... hat mein Kind sich gut mit seinen Freunden verstanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... hatte mein Kind das Gefühl, dass es 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 in der Schule war, ...	Nie	Einmal	Manchmal	Oft	Immer
... hat mein Kind die Schulaufgaben gut geschafft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... hat meinem Kind der Unterricht Spaß gemacht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... hat mein Kind sich Sorgen um 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!

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

	Wie oft?	Zufriedenheit mit der Behandlung/Betreuung?	
		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?

- Nach der Geburt
- 2.–10. Lebenstag
- 1. Lebensmonat
- 2. Lebensmonat
- 4. Lebensmonat
- 6. Lebensmonat
- 12. Lebensmonat
- 18. Lebensmonat
- 24. Lebensmonat
- 48. Lebensmonat
- 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 Ist Ihr Kind in einer freiwilligen Zusatzversicherung versichert?

Ja **→** Wenn ja, für welche Art von Leistungen werden die Kosten übernommen?
 Nein

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 4.600 SFr.	<input type="radio"/>
4.600 bis 6.700 SFr.	<input type="radio"/>
6.700 bis 9.000 SFr.	<input type="radio"/>
9.000 bis 12.300 SFr.	<input type="radio"/>
12.300 SFr. und mehr	<input type="radio"/>

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