

## Mutter/Vater

Name:

Datum:

Liebe Mutter, lieber Vater,

wir möchten gern wissen, wie es Ihrem **gesunden Kind** geht. Bitte lesen Sie jede Aussage durch und überlegen Sie, wie es Ihrem Kind in den **letzten zwei Wochen** erging. Kreuzen Sie bitte dann in jeder Zeile die Antwort an, die Ihrer Meinung nach für Ihr gesundes Kind am besten passt.

In den letzten zwei Wochen ...	Trifft ... zu				
	immer sehr stark	oft stark	manchmal etwas	selten kaum	nie gar nicht
1. In unserer Familie fühlen sich alle wohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mein Kind hat sein krankes Geschwister gern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mein Kind kennt sich mit der Krankheit seines Geschwisters aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Krankheit meines Kindes braucht viel Zeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Die Aufgaben meines Kindes in der Familie haben sich seit der Erkrankung des Geschwisters verändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mein Kind glaubt, dass andere Menschen nicht normal mit seinem kranken Geschwister umgehen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Meinem Kind ist sein krankes Geschwister peinlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mein Kind ist gut in der Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mein Kind hat Probleme mit seinen Klassenkameraden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mein Kind ist traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Es geht meinem Kind schlecht, weil wir Eltern uns streiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Wenn Sie an die Probleme Ihres gesunden Kindes denken, wie sehr leidet es darunter?

leidet gar nicht	leidet etwas	leidet	leidet sehr	leidet immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Kreuzen Sie bitte die Zahl an, die am besten beschreibt, wie belastet sich Ihr gesundes Kind in den letzten zwei Wochen fühlt.

gar nicht belastet									sehr belastet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. In den letzten 12 Monaten sind besondere Lebensereignisse aufgetreten (wenn JA, bitte Lebensereignis unterstreichen).

Geburt, Ausbildungsbeginn, Auszug, Schulwechsel, Sitzenbleiben,  
Arbeitslosigkeit, Trennung oder Scheidung, Tod.

JA

NEIN