

TAPQOL

Fragebogen

für Eltern von Kindern im Alter von 1 bis 5 Jahren

Zunächst möchten wir Ihnen folgende Fragen stellen.

Ist das Kind, für das Sie diesen Fragebogen ausfüllen,
ein Junge oder ein Mädchen?

☐ Junge

☐ Mädchen

Wann ist Ihr Kind geboren?

.....
(Tag) (Monat) (Jahr)

An welchem Datum füllen Sie diesen Fragebogen aus?

.....
(Tag) (Monat) (Jahr)



ANLEITUNG

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Fragen in dieser Umfrage beziehen sich auf verschiedene Aspekte der Gesundheit Ihres Kindes. Bitte beantworten Sie die Fragen, indem Sie ein X in das Kästchen neben der Antwort eintragen, die Ihr Kind am besten beschreibt.

Zum Beispiel:

Hatte Ihr Kind in den vergangenen 3 Monaten Ohrenschmerzen?

Ohrenschmerzen

☒ Nie

☐ Gelegentlich ☐ Häufig

1

**Zu diesen Zeiten fühlte sich
mein Kind:**

Wenn Ihr Kind wie im obigen Beispiel niemals Ohrenschmerzen hatte, gehen Sie bitte zur nächsten Frage über.

Wenn Ihr Kind „gelegentlich“ oder „häufig“ Ohrenschmerzen hatte, tragen Sie bitte ein X bei der betreffenden Antwort ein. Unmittelbar unter diesen zwei Antworten finden Sie die Aussage, die mit „Zu diesen Zeiten fühlte sich mein Kind“ beginnt. Kreuzen Sie dort an, wie sich Ihr Kind gefühlt hat. Zum Beispiel:

Hatte Ihr Kind in den vergangenen 3 Monaten Ohrenschmerzen?

Ohrenschmerzen

☐ Nie

☒

Gelegentlich ☐ Häufig

1

**Zu diesen Zeiten fühlte sich
mein Kind:**

☐ Gut

☐ Nicht so gut

☒ Etwas
schlecht

☐ Schlecht

Gehen Sie dann weiter zur nächsten Frage.

Dies war ein Beispiel.

Der Fragebogen beginnt auf der nächsten Seite.

Hatte Ihr Kind in den vergangenen 3 Monaten:

Magen- oder Bauchschmerzen

1

☐ Nie

☐ Gelegentlich ☐ Häufig

Zu diesen Zeiten fühlte sich
mein Kind:

☐ Gut

☐ Nicht so gut

☐ Etwas
schlecht

☐ Schlecht

Koliken (Bauchkrämpfe)

2

☐ Nie

☐ Gelegentlich ☐ Häufig

Zu diesen Zeiten fühlte sich
mein Kind:

☐ Gut

☐ Nicht so gut

☐ Etwas
schlecht

☐ Schlecht

Ekzeme

3

☐ Nie

☐ Gelegentlich ☐ Häufig

Zu diesen Zeiten fühlte sich
mein Kind:

☐ Gut

☐ Nicht so gut

☐ Etwas
schlecht

☐ Schlecht

Juckreiz

4

☐ Nie

☐ Gelegentlich ☐ Häufig

Zu diesen Zeiten fühlte sich
mein Kind:

☐ Gut

☐ Nicht so gut

☐ Etwas
schlecht

☐ Schlecht

Trockene Haut

5

☐ Nie

☐ Gelegentlich ☐ Häufig

Zu diesen Zeiten fühlte sich
mein Kind:

☐ Gut

☐ Nicht so gut

☐ Etwas
schlecht

☐ Schlecht

Bronchitis

6

☐ Nie

☐ Gelegentlich ☐ Häufig

Zu diesen Zeiten fühlte sich
mein Kind:

☐ Gut

☐ Nicht so gut

☐ Etwas
schlecht

☐ Schlecht

Atemschwierigkeiten oder
Lungenprobleme

7

☐ Nie

☐ Gelegentlich ☐ Häufig

Zu diesen Zeiten fühlte sich
mein Kind:

☐ Gut

☐ Nicht so gut

☐ Etwas
schlecht

☐ Schlecht

Hatte Ihr Kind in den vergangenen 3 Monaten:

Kurzatmigkeit

8

☐ Nie

☐ Gelegentlich ☐ Häufig

Zu diesen Zeiten fühlte sich
mein Kind:

☐ Gut

☐ Nicht so gut

☐ Etwas
schlecht

☐ Schlecht

Übelkeit

9

☐ Nie

☐ Gelegentlich ☐ Häufig

Zu diesen Zeiten fühlte sich
mein Kind:

☐ Gut

☐ Nicht so gut

☐ Etwas
schlecht

☐ Schlecht

Wie hat Ihr Kind in den vergangenen 3 Monaten geschlafen?

Hat Ihr Kind unruhig geschlafen?

☐ Nie

☐ Gelegentlich ☐ Häufig

10

Zu diesen Zeiten fühlte sich
mein Kind:

☐ Gut

☐ Nicht so gut

☐ Etwas
schlecht

☐ Schlecht

Hat Ihr Kind nachts wach gelegen?

☐ Nie

☐ Gelegentlich ☐ Häufig

11

Zu diesen Zeiten fühlte sich
mein Kind:

☐ Gut

☐ Nicht so gut

☐ Etwas
schlecht

☐ Schlecht

Hat Ihr Kind nachts geweint?

☐ Nie

☐ Gelegentlich ☐ Häufig

12

Zu diesen Zeiten fühlte sich
mein Kind:

☐ Gut

☐ Nicht so gut

☐ Etwas
schlecht

☐ Schlecht

Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten, die
Nacht durchzuschlafen?

☐ Nie

☐ Gelegentlich ☐ Häufig

13

Zu diesen Zeiten fühlte sich
mein Kind:

☐ Gut

☐ Nicht so gut

☐ Etwas
schlecht

☐ Schlecht

Wie hat Ihr Kind in den vergangenen 3 Monaten gegessen und getrunken?

Hatte Ihr Kind einen schlechten Appetit?

☐ Nie

☐ Gelegentlich ☐ Häufig

14

Zu diesen Zeiten fühlte sich mein Kind:

☐ Gut

☐ Nicht so gut

☐ Etwas schlecht

☐ Schlecht

Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten, genug zu essen?

☐ Nie

☐ Gelegentlich ☐ Häufig

15

Zu diesen Zeiten fühlte sich mein Kind:

☐ Gut

☐ Nicht so gut

☐ Etwas schlecht

☐ Schlecht

Hat Ihr Kind das Essen verweigert?

☐ Nie

☐ Gelegentlich ☐ Häufig

16

Zu diesen Zeiten fühlte sich mein Kind:

☐ Gut

☐ Nicht so gut

☐ Etwas schlecht

☐ Schlecht

Wie war das Verhalten Ihres Kindes in den vergangenen 3 Monaten?

Mein Kind war aufbrausend.

☐ Nie

☐ Gelegentlich

☐ Häufig

17

Mein Kind war aggressiv.

☐ Nie

☐ Gelegentlich

☐ Häufig

18

Mein Kind war quengelig, gereizt.

☐ Nie

☐ Gelegentlich

☐ Häufig

19

Mein Kind war wütend.

☐ Nie

☐ Gelegentlich

☐ Häufig

20

Mein Kind war unruhig oder ungeduldig mit mir.

☐ Nie

☐ Gelegentlich

☐ Häufig

21

Mein Kind war mir gegenüber rebellisch/trotzig.

☐ Nie

☐ Gelegentlich

☐ Häufig

22

Ich konnte mit meinem Kind nicht umgehen.

☐ Nie

☐ Gelegentlich

☐ Häufig

23

Wie war die Stimmung Ihres Kindes in den vergangenen 3 Monaten?

Fröhlich

24

☐ Nie ☐ Gelegentlich ☐ Häufig

Zufrieden

25

☐ Nie ☐ Gelegentlich ☐ Häufig

Glücklich

26

☐ Nie ☐ Gelegentlich ☐ Häufig

Ängstlich

27

☐ Nie ☐ Gelegentlich ☐ Häufig

Angespannt

28

☐ Nie ☐ Gelegentlich ☐ Häufig

Besorgt

29

☐ Nie ☐ Gelegentlich ☐ Häufig

Energiegeladen

30

☐ Nie ☐ Gelegentlich ☐ Häufig

Aktiv

31

☐ Nie ☐ Gelegentlich ☐ Häufig

Lebhaft

32

☐ Nie ☐ Gelegentlich ☐ Häufig

Wenn Ihr Kind unter 18 Monate alt ist, brauchen Sie den Rest dieses Fragebogens **nicht** auszufüllen.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Wenn Ihr Kind 18 Monate alt oder älter ist, fahren Sie bitte mit der Beantwortung der Fragen auf den folgenden Seiten fort.

Wie war das Verhalten Ihres Kindes in den vergangenen 3 Monaten in Gegenwart anderer Kinder?

Mein Kind konnte gut mit anderen Kindern spielen.

☐ Nie ☐ Gelegentlich ☐ Häufig

33

Mein Kind fühlte sich in Gesellschaft von anderen Kindern wohl.

☐ Nie ☐ Gelegentlich ☐ Häufig

34

Mein Kind war im Umgang mit anderen Kindern selbstsicher.

☐ Nie ☐ Gelegentlich ☐ Häufig

35

Hatte Ihr Kind in den vergangenen 3 Monaten im Vergleich zu anderen Kindern gleichen Alters irgendwelche der folgenden Schwierigkeiten?

Schwierigkeiten zu gehen?

☐ Nein

☐ Ja, ein wenig

☐ Ja, sehr

☐ Kann (noch)
nicht laufen

36

Zu diesen Zeiten fühlte sich
mein Kind:

☐ Gut

☐ Nicht so gut

☐ Etwas
schlecht

☐ Schlecht

Schwierigkeiten zu rennen?

☐ Nein

☐ Ja, ein wenig

☐ Ja, sehr

☐ Kann (noch)
nicht laufen

37

Zu diesen Zeiten fühlte sich
mein Kind:

☐ Gut

☐ Nicht so gut

☐ Etwas
schlecht

☐ Schlecht

Schwierigkeiten, ohne Hilfe Treppen
zu steigen?

☐ Nein

☐ Ja, ein wenig

☐ Ja, sehr

☐ Kann (noch)
nicht laufen

38

Zu diesen Zeiten fühlte sich
mein Kind:

☐ Gut

☐ Nicht so gut

☐ Etwas
schlecht

☐ Schlecht

Schwierigkeiten, das Gleichgewicht
zu halten?

☐ Nein

☐ Ja, ein wenig

☐ Ja, sehr

39

Zu diesen Zeiten fühlte sich
mein Kind:

☐ Gut

☐ Nicht so gut

☐ Etwas
schlecht

☐ Schlecht

Hatte Ihr Kind in den vergangenen 3 Monaten im Vergleich zu anderen Kindern gleichen Alters irgendwelche der folgenden Schwierigkeiten?

Schwierigkeiten zu verstehen, was andere sagten?

40

☐ Nie

☐ Gelegentlich

☐ Häufig

Zu diesen Zeiten fühlte sich mein Kind:

☐ Gut

☐ Nicht so gut

☐ Etwas schlecht

☐ Schlecht

Schwierigkeiten, deutlich zu sprechen?

41

☐ Nie

☐ Gelegentlich

☐ Häufig

Zu diesen Zeiten fühlte sich mein Kind:

☐ Gut

☐ Nicht so gut

☐ Etwas schlecht

☐ Schlecht

Schwierigkeiten, sich auszudrücken?

42

☐ Nie

☐ Gelegentlich

☐ Häufig

Zu diesen Zeiten fühlte sich mein Kind:

☐ Gut

☐ Nicht so gut

☐ Etwas schlecht

☐ Schlecht

Schwierigkeiten zu erklären, was es möchte?

43

☐ Nie

☐ Gelegentlich

☐ Häufig

Zu diesen Zeiten fühlte sich mein Kind:

☐ Gut

☐ Nicht so gut

☐ Etwas schlecht

☐ Schlecht

**Dies ist das Ende des Fragebogens.
Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!**