

Fragebogen für Eltern von Kindern unter 11 Jahren

Liebe Eltern¹,

dieser Fragebogen richtet sich an alle sorgeberechtigten Personen, die ein Kind unter 11 Jahren an dieser Schule haben. Schülerinnen und Schüler ≥ 11 Jahren füllen selbst einen kindgerechten Fragebogen aus.

Das Ausfüllen des Fragebogens ist freiwillig. Sie benötigen dafür etwa 30 Minuten. Bitte fügen Sie anschließend den Fragebogen **zusammen mit dem Basisfragebogen** in den beigelegten **Umschlag** und **kleben ihn zu**. **Die unterschriebene Einwilligungserklärung (bitte NICHT in den Umschlag!) und den zugeklebten Umschlag mit den Fragebögen geben Sie bitte Ihrem Kind bis spätestens 27.04.2017 wieder mit in die Schule.**

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Mithilfe!

Ihr SPLASH-Team

Bei Fragen stehen wir gerne zur Verfügung unter:

Adresse: Charité – Universitätsmedizin
Berlin

Institut für Gesundheits- und
Pflgewissenschaft

SPLASH

Augustenburger Platz 1

13353 Berlin

Telefon: 030-450 529 124 oder

030-450 529 149

E-Mail: splash@charite.de

Datenschutz

Wir achten auf die Einhaltung des Datenschutzes und garantieren, dass Ihnen **keine Nachteile** durch die Teilnahme oder Nicht-Teilnahme entstehen.

Alle Antworten sind **anonym** und werden vertraulich behandelt. Schreiben Sie daher bitte **keine Namen** auf den Fragebogen.

Es findet **keine Darstellung von individuellen Daten** statt, stattdessen werden die Daten aller Teilnehmenden zu Gruppen zusammengefasst. Ihre individuellen Daten können von niemandem identifiziert werden.

¹ Gemeint sind alle sorgeberechtigten Personen.

Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen folgende Hinweise:

- (1) Kreuzen Sie nur das an, was auf Sie zutrifft.
- (2) Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und lassen Sie keine Frage aus.
- (3) Wir bitten Sie, in großen Druckbuchstaben zu schreiben.

in einem anderen Land, welchem:
25/Janer



in einem anderen Land, welchem:
RUSSLAND



- (4) Wenn Sie eine Ihrer Antworten korrigieren müssen, malen Sie bitte das fälschlich angekreuzte Kästchen mit Ihrem Stift aus und kreuzen Sie das passende Kästchen an.

(5) Schuljahr Projekte oder Fortbildungen zu gesundheitli
 nein es gab keine Angebote



- (5) Bitte versuchen Sie, Zahlen in die hellgrau-umrandeten Kästchen zu schreiben und nicht über den Rand hinaus.

t sind Sie? Jahre



t sind Sie? Jahre



Hier steht die ID Ihres Kindes. Falls nicht, erfragen Sie diese bitte bei der/dem Klassenlehrer/-in.



ID

Angaben zu Ihrem Kind

1	Welches Geschlecht hat Ihr Kind?	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
2	Wann wurde Ihr Kind geboren?	<input type="text"/> <input type="text"/> Monat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr
3	Die wievielte Klasse besucht Ihr Kind?	Die <input type="text"/> <input type="text"/> . Klasse	
4	Seit dem Schuleintritt hat mein Kind...	<input type="checkbox"/> alle Klassenstufen regulär durchlaufen <input type="checkbox"/> eine/mehrere Klasse(n) übersprungen <input type="checkbox"/> eine/mehrere Klasse(n) wiederholt <input type="checkbox"/> die erste Klasse noch nicht durchlaufen	

Körper- und Gesundheitszustand Ihres Kindes

5	Wie groß ist Ihr Kind ohne Schuhe? (bitte in Zentimeter angeben)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm										
6	Wie viel wiegt Ihr Kind ohne Kleidung? (bitte in Kilogramm angeben)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg										
7	Wie würden Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben?	<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittelmäßig <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> sehr schlecht										
8	Wie oft ist Ihr Kind in seiner Freizeit körperlich aktiv (z.B. spielen, Fahrradfahren usw.), so dass es richtig ins Schwitzen kommt oder außer Atem ist?	<table border="1"><tr><td>nie</td><td>etwa jeden Tag</td><td>3-5 mal in der Woche</td><td>etwa 1-2 mal in der Woche</td><td>etwa 1-2 mal im Monat</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	nie	etwa jeden Tag	3-5 mal in der Woche	etwa 1-2 mal in der Woche	etwa 1-2 mal im Monat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nie	etwa jeden Tag	3-5 mal in der Woche	etwa 1-2 mal in der Woche	etwa 1-2 mal im Monat								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

9 Wie oft putzt sich Ihr Kind die Zähne?

zweimal täglich oder häufiger	einmal täglich	mehrmals pro Woche	einmal pro Woche oder seltener	gar nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 In welchen Abständen ist Ihr Kind zur Kontrolle beim Zahnarzt?

<input type="checkbox"/> vierteljährlich	<input type="checkbox"/> halbjährlich	<input type="checkbox"/> einmal im Jahr	<input type="checkbox"/> seltener	<input type="checkbox"/> noch nie
--	---------------------------------------	---	-----------------------------------	-----------------------------------

11 Wie häufig kam es im letzten Monat vor, dass Ihr Kind ...

... nicht einschlafen konnte?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
... nicht durchschlafen konnte?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer

12 Wie häufig hat Ihr Kind in der letzten Woche ein Schlafmittel eingenommen, das nicht ärztlich verordnet war?

<input type="checkbox"/> Anzahl: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nie
---	------------------------------

13 Hatte Ihr Kind in den vergangenen drei Monaten so starke Schmerzen, dass es...

... nicht am Unterricht teilnehmen konnte?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
... einen Arzt aufgesucht hat?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
... ein Medikament eingenommen hat?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Was waren das für Schmerzen? Gemeint sind z.B. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen oder Regelschmerzen.

Krankheiten und Unfälle

14 Bitte denken Sie nun an die letzten drei Monate.

Wenn es keinen Unfall oder eine Erkrankung in der Schule hatte, tragen Sie bitte jeweils eine Null ein.

Wie oft hatte Ihr Kind <u>in der Schule</u> einen <u>Unfall</u> oder war <u>krank</u> und ...	Unfall		Krankheit	
...konnte trotzdem in der Schule bleiben?	<input type="text"/>	<input type="text"/> mal	<input type="text"/>	<input type="text"/> mal
...wurde deshalb nach Hause geschickt?	<input type="text"/>	<input type="text"/> mal	<input type="text"/>	<input type="text"/> mal
...musste von der Schule abgeholt werden?	<input type="text"/>	<input type="text"/> mal	<input type="text"/>	<input type="text"/> mal
...musste deswegen während der Schulzeit zum Arzt?	<input type="text"/>	<input type="text"/> mal	<input type="text"/>	<input type="text"/> mal
...musste deswegen während der Schulzeit in eine Notfallambulanz/in ein Krankenhaus?	<input type="text"/>	<input type="text"/> mal	<input type="text"/>	<input type="text"/> mal

15	Wie oft hat Ihr Kind im letzten Schuljahr insgesamt in der Schule gefehlt?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Schultage	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Schulwochen
----	--	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	-----------	----------------------	----------------------	-------------

Ernährung

16	Wie oft isst oder trinkt Ihr Kind normalerweise die folgenden Dinge?	täglich	fast täglich	jede Woche	jeden Monat	seltener als einmal im Monat	nie
	Obst, Früchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gemüse, Salat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schokolade oder andere Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chips, Pommes und andere Knabbereien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cola oder andere zuckerhaltige Getränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schulalltag

17 Wie oft nimmt Ihr Kind am Schulessen teil?

immer

oft

manchmal

selten

nie

Wenn Ihr Kind manchmal, selten oder nie am Schulessen teilnimmt. Warum?

aus gesundheitlichen Gründen wie z.B. Allergien

aus religiösen Gründen

aus anderen Gründen

An der Schule meines Kindes wird kein Schulessen angeboten.

18 Wie sehr gefällt Ihrem Kind Folgendes in der Schule? (Wenn es etwas nicht gibt, bitte „nicht vorhanden“ ankreuzen.)

	sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht	nicht vorhanden
Der Gesamtzustand des Schulgebäudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Sauberkeit und Hygiene an der Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Aufenthaltsräume für Pausen und Freistunden innerhalb des Schulgebäudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Schulhof	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ruhezeiten und Ruheräume für Schülerinnen und Schüler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anpassung der Schulmöbel an die Größe der Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Bewegungsmöglichkeiten in Pausen und Freistunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Essensausgaben am Schulkiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Essensangebot in der Kantine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Raumklima in der Schule, wie z.B. Wärme, Kälte, Zugluft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beschilderung für Notfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zusammenarbeit mit außerschulischen Einrichtungen (Musikschule, Sportvereine usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erste Hilfe an der Schule, Sanitätsdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulgesundheitsfachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19 Hat Ihr Kind im letzten Schuljahr außerhalb des Unterrichts Projekte oder Veranstaltungen zu gesundheitlichen Themen in der Schule besucht?

ja

nein

es gab keine Angebote

Mediennutzung

20	Wie lange beschäftigt sich Ihr Kind durchschnittlich <u>pro Tag</u> mit den folgenden Dingen?	gar nicht	ungefähr 30 Min.	ungefähr 1-2 Std.	ungefähr 3-4 Std.	mehr als 4 Std.
	Fernsehen/ Video	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Spielkonsole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Computer/ Tablet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Musik hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Handy/ Smartphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gewalt

21	Wie oft kommt es an der Schule Ihres Kindes zu gewaltsamen Auseinandersetzungen?	täglich oder fast täglich	jede Woche	jeden Monat	seltener als einmal im Monat	nie
	körperliche Gewalt, z.B. Prügeleien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	verbale Gewalt, z.B. anschreien, Beleidigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben zu Ihrer Person

22 In welchem Land sind Sie geboren? (Bitte für beide Elternteile angeben)

Mutter	<input type="checkbox"/> in Deutschland	<input type="checkbox"/> in einem anderen Land, welchem: _____
Vater	<input type="checkbox"/> in Deutschland	<input type="checkbox"/> in einem anderen Land, welchem: _____

Wohlbefinden

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

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

23 Körperliches Wohlbefinden

In der letzten Woche ...	nie	selten	manchmal	oft	immer
...hat mein Kind sich krank gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hatte mein Kind Kopf- oder Bauchschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...war mein Kind müde und schlapp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hatte mein Kind viel Kraft und Ausdauer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24 Seelisches Wohlbefinden

In der letzten Woche ...	nie	selten	manchmal	oft	immer
...hat mein Kind viel gelacht und Spaß gehabt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hatte mein Kind zu nichts Lust.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hat mein Kind sich allein gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hat mein Kind sich ängstlich oder unsicher gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25 Selbstwert

In der letzten Woche ...	nie	selten	manchmal	oft	immer
...war mein Kind stolz auf sich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...fühlte mein Kind sich wohl in seiner Haut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mochte mein Kind sich selbst leiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hatte mein Kind viele gute Ideen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26 Familie

In der <u>letzten Woche</u> ...	nie	selten	manchmal	oft	immer
...hat mein Kind sich gut mit uns als Eltern verstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hat mein Kind sich zu Hause wohl gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hatten wir schlimmen Streit zu Hause.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...fühlte mein Kind sich durch mich bevormundet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27 Freunde

In der <u>letzten Woche</u> ...	nie	selten	manchmal	oft	immer
...hat mein Kind etwas mit Freunden zusammen gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist mein Kind bei anderen „gut angekommen“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hat mein Kind sich gut mit seinen Freunden verstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hatte mein Kind das Gefühl, dass es anders ist als die anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28 Schule

In der <u>letzten Woche</u> ...	nie	selten	manchmal	oft	immer
...hat mein Kind die Aufgaben in der Schule gut geschafft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hat meinem Kind der Unterricht Spaß gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hat sich mein Kind auf die Schule gefreut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hatte mein Kind bei kleineren Aufgaben viele Fehler gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Herzlichen Dank für die Beantwortung des Fragebogens!

Wir wären Ihnen sehr dankbar für ein abschließendes Feedback zu dieser Umfrage.

29 Die Befragung ...

- war viel zu lang
- war etwas zu lang
- war genau richtig
- hätte noch ausführlicher sein können.

30 Haben Sie irgendwelche weiteren Anmerkungen, Kommentare oder Rückmeldungen für uns?

Damit sind wir am Ende der Umfrage. Herzlichen Dank für Ihre Beteiligung!