

Liebe Eltern, liebe Kinder,

Heute geht es darum, dass wir gemeinsam feststellen, ob Ihr Kind bereits mit dem neuen Coronavirus Kontakt hatte.

Dazu möchten wir Sie hier um einige Informationen bitten.

Barcode

Geschlecht: männlich weiblich Alter: _____ Postleitzahl des Wohnortes: _____

Was ist der Grund Ihrer heutigen Vorstellung im Krankenhaus?

Vorstellung in der Notaufnahme ambulanter Termin stationäre Aufnahme

Hat ihr Kind in den letzten 14 Tagen eine Kindertagesstätte, Kindergarten oder Schule besucht?

ja nein

Hat Ihr Kind eine chronische Erkrankung (Mehrfachantworten möglich)?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Onkologische/Hämatologische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Immunologische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Herz-, Gefäßerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung |
| <input type="checkbox"/> Zustand nach Transplantation | <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Entzündliche Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Hormonelle Erkrankung (z.B. Diabetes) | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung | |

Hat Ihr Kind aktuell oder in den letzten 14 Tagen folgende Symptome gezeigt (Mehrfachantworten möglich)?

- | | | | |
|------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit | <input type="checkbox"/> Schnupfen | <input type="checkbox"/> Husten |
| <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Gliederschmerzen | <input type="checkbox"/> Hautausschlag |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Geschmacksverlust | <input type="checkbox"/> Blau-rötliche Flecken |

Ist Ihr Kind nach den Empfehlungen der STIKO geimpft? ja nein

Hat sich die gesundheitliche Versorgung Ihres Kindes durch die COVID-19 Pandemie und ihre Begleiterscheinungen (Schul-/Kitaschließungen, Kontakt- und Abstandsregeln etc.) verändert?

ja, sehr stark ja, etwas nein, gar nicht

Wenn ja: wodurch kamen diese Veränderungen zustande?

- Wir konnten Termine nicht wahrnehmen, weil Praxen etc. geschlossen waren
- Wir konnten Termine aufgrund von COVID-Erkrankungen oder Quarantänemaßnahmen in der Familie nicht wahrnehmen
- Anstehende Termine (Untersuchungen, Eingriffe, Routinetermine o. ä.) wurden von Seiten der Gesundheitsversorger verschoben oder abgesagt
- Wir haben uns selbst entschlossen, anstehende Termine (Untersuchungen, Eingriffe, Routinetermine o. ä.) zunächst aufzuschieben
- Andere Gründe (bitte eintragen): _____

Wenn ja: Hatte dies einen Einfluss auf den Gesundheitszustand des Kindes?

- ja, sehr stark
- ja, etwas
- nein, gar nicht

Hat sich Ihre Einschätzung der Gesundheitsversorgung Ihres Kindes im Kontext der COVID-19 Pandemie verändert?

- Nein, ich mache mir genauso viel oder wenig Sorgen wie zuvor
- Ich nehme wahr, dass sich die Gesundheitsversorgung verändert hat, aber ich mache mir keine Sorgen, dass das Auswirkungen für mein Kind hat
- Ja, ich bin etwas besorgt über die Auswirkungen der COVID-19 Pandemie auf die Gesundheitsversorgung meines Kindes
- Ja, ich mache mir große Sorgen über die Auswirkungen der COVID-19 Pandemie auf die Gesundheitsversorgung meines Kindes
- Anderes (bitte eintragen): _____

Geht Ihr Kind derzeit in die Kita oder in die Schule?

- Ja, und zwar für _____ Stunden pro Woche (bitte eintragen) im Rahmen einer Notbetreuung
- Ja, und zwar für _____ Stunden pro Woche (bitte eintragen) im Rahmen der derzeit regulären Unterrichts-/Betreuungszeit
- Nein, die Kita / die Schule ist zwar eingeschränkt geöffnet, aber mein Kind hat keinen Anspruch auf Betreuung
- Nein, ein Besuch der Kita/der Schule wäre zwar möglich, aber die gesundheitliche Verfassung des Kindes lässt dies nicht zu
- Nein, ein Besuch der Kita/der Schule wäre zwar möglich, aber andere Gründe lassen dies nicht zu => Welche Gründe sind dies? (bitte eintragen): _____
- Anderes (bitte eintragen): _____

Gesundheitliche Situation Ihres Kindes

Wie schätzen Sie aktuell (während der letzten Woche) die körperliche Gesundheit Ihres Kindes ein?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sehr gut | gut | teils/teils | schlecht | sehr schlecht |
| <input type="checkbox"/> |

Hat sich die körperliche Gesundheit Ihres Kindes seit Beginn der COVID-19 Pandemie verändert?

stark					stark
verbessert	verbessert	unverändert	verschlechtert	verschlechtert	
<input type="checkbox"/>					

Wie schätzen Sie aktuell (während der letzten Woche) die seelische Gesundheit Ihres Kindes ein?

sehr gut	gut	teils/teils	schlecht	sehr schlecht
<input type="checkbox"/>				

Hat sich die seelische Gesundheit Ihres Kindes seit Beginn der COVID-19 Pandemie verändert?

stark				stark
verbessert	verbessert	unverändert	verschlechtert	verschlechtert
<input type="checkbox"/>				

Ihre eigene gesundheitliche Situation

Auf einer Skala von 0-10:

Wie hoch ist Ihre eigene körperliche Belastung in Zusammenhang mit der COVID-19 Pandemie?

gar nicht be-										extrem	
lastet	<input type="checkbox"/>	belastet									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Auf einer Skala von 0-10:

Wie hoch ist Ihre eigene seelische Belastung in Zusammenhang mit der COVID-19 Pandemie?

gar nicht be-										extrem	
lastet	<input type="checkbox"/>	belastet									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

In welcher Beziehung stehen Sie zu dem Kind, das hier getestet/untersucht wurde?

- Ich bin die Mutter des Kindes
- Ich bin eine andere weibliche Bezugsperson
- Ich bin der Vater des Kindes
- Ich bin eine andere männliche Bezugsperson



VIELEN DANK FÜR IHRE TEILNAHME !

Schön, dass Sie und Ihr Kind Teil unserer Studie sind.