



Fragebogen für Eltern von Kindern mit einem nephrotisches Syndrom im Kindesalter

Personenbezogene Daten:

Geburtsjahr des Kindes: _____

Geschlecht: männlich
 weiblich

Alter beim Ausbruch der Krankheit: _____

Familiensituation des Kindes: lebt bei:

- beiden Eltern
- einem Elternteil
- in einer Patchworkfamilie

- als Einzelkind
- mit seinen leiblichen Geschwistern (Anzahl: _____)
- mit Stiefgeschwistern

Anamnese:

Schwangerschaft und Geburt:

Wie verlief die Schwangerschaft: normal
 Komplikationen; wenn ja, welche:

Gab es während der Schwangerschaft für die Mutter (emotional) belastende Ereignisse?

- nein
- ja, welche:

Wie verlief die Geburt: normal: spontan
 Kaiserschnitt eingeleitet
 Komplikationen; wenn ja, welche:



Fragebogen für Eltern von Kindern mit einem nephrotisches Syndrom im Kindesalter

Seite 2/6

War das Kind unmittelbar nach der Geburt: vital und gesund

krank

(bedurfte es medizinischer Behandlung? Wenn ja, welche: _____

Konnte das Kind unmittelbar nach der Geburt bei seiner Mutter sein?

ja

wenn nein, wie lange nicht : _____Tage

Die ersten Lebensjahre:

Wurde das Kind gestillt?:

nein

wenn ja, wie lange: _____Monate

Entwicklungsauffälligkeiten:

nein

ja, welche: _____

Wurde das Kind geimpft?:

ja

nein

Gesundheitliche Probleme vor der NS Erkrankung:

Litt das Kind immer wieder an einer (oder mehreren) der folgenden Krankheiten?

Blähungen

Durchfall

Schlafstörungen

Allergien

falls ja, welche: _____

Nahrungsmittelunverträglichkeit

falls ja, welche: _____

Bronchitis

Lungenentzündung

Mittelohrentzündung

Hautprobleme

Neurodermitis

Andere _____

Wie wurden diese behandelt: _____



Fragebogen für Eltern von Kindern mit einem nephrotisches Syndrom im Kindesalter

Seite 3/6

Gibt es zu diesem Thema etwas, was Sie schon immer los werden wollten, aber es hat noch nie jemand zugehört? _____

[gerne auf gesondertem Blatt]

Nephrotisches Syndrom

Diagnose der Ersterkrankung:

Trat NS Ihrer Meinung nach in Zusammenhang mit irgendeiner Erkrankung auf?

- ja
- nein

Wenn ja, welche: _____

Trat NS Ihrer Meinung nach in Zusammenhang mit einer Impfung auf?

- ja
- nein

Wenn ja, welche: _____

Gab es Ihrer Meinung nach irgendeinen anderen Faktor, der das Auftreten von NS auslöste oder begünstigte? _____

Wann wurde das Nephrotische Syndrom diagnostiziert: _____

Was war der Anlass (z.B.: geschwollene Augenlider) für diesen Arztbesuch: _____

Wieviel Zeit verging Ihrer Meinung nach zwischen Beginn und Diagnose von NS?

Wie wurde die Ersttherapie durchgeführt? _____

Wie lange waren Sie stationär aufgenommen?

Wie schnell sprach Ihr Kind auf Cortison an?

Wurden andere Medikamente zusätzlich gegeben?

- ja
- nein

Wenn ja, welche und warum: _____



Fragebogen für Eltern von Kindern mit einem nephrotisches Syndrom im Kindesalter

Seite 4/6

Kam es während der Ersttherapie zu einem Rückfall

- ja
 nein

Wie wurde dieser behandelt: _____

Was war für Sie das Schlimmste an dieser 1. Therapie:

- | | | | |
|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> | Sorge um die Zukunft | <input type="checkbox"/> |
| Wesensveränderung | <input type="checkbox"/> | Gefühl des Ausgeliefertseins | <input type="checkbox"/> |
| Unkontrollierbarer Appetit | <input type="checkbox"/> | | |
| Unsicherheit was das Kind auf Grund der Immunsuppression darf und was nicht | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

Andere _____

Waren Sie in dieser Zeit mit der Aufklärung über diese Krankheit seitens der Ärzte zufrieden?

- ja
 nein

Wenn ja, warum: _____

Wenn nein, warum: _____

Was hätten Sie sich zu diesem Zeitpunkt besonders gewünscht?

Rückfälle:

Hatte Ihr Kind bisher Rezidive?

- ja
 nein

Wenn ja: + wie lange nach Beendigung der Ersttherapie _____

+ wie viele: _____

+ wie wurden diese behandelt: _____

Falls Sie dazu mehr berichten wollen: _____



Fragebogen für Eltern von Kindern mit einem nephrotisches Syndrom im Kindesalter

Seite 5/6

Haben Sie einen Verdacht, was bei Ihrem Kind Rückfälle auslöst? _____

Alternative Behandlungsmethoden:

Haben Sie alternative Heilmethoden ausprobiert?

- ja
 nein

Falls ja, welche:

- | | |
|--|--------------------------|
| Klassische Homöopathie | <input type="checkbox"/> |
| Akupunktur | <input type="checkbox"/> |
| Bachblüten | <input type="checkbox"/> |
| Bioresonanz | <input type="checkbox"/> |
| Heilpflanzen | <input type="checkbox"/> |
| Osteopathie | <input type="checkbox"/> |
| Akupunktmassage | <input type="checkbox"/> |
| Heileurythmie | <input type="checkbox"/> |
| Analysen (Stuhluntersuchungen,
Speicheltests, Urinuntersuchungen) | <input type="checkbox"/> |
| TCM (Traditionelle chin. Medizin) | <input type="checkbox"/> |
| Antioxidative Therapie nach Ute Kleiser | <input type="checkbox"/> |
| Mikroimmuntherapie | <input type="checkbox"/> |
| Ernährungsumstellung
(Vermeidung tierisches Eiweiss) | <input type="checkbox"/> |

Andere: _____

Welche waren Ihrer Meinung nach erfolgreich? _____

Haben Sie Kontakt zu anderen betroffenen Familien?

- ja
 nein

Falls ja, wie wichtig ist das für Sie?

sehr wichtig wichtig egal weniger wichtig unwichtig



Fragebogen für Eltern von Kindern mit einem nephrotisches Syndrom im Kindesalter

Seite 6/6

Leiden Sie als Eltern oder andere Familienangehörige an einer Schilddrüsenunterfunktion?

- ja
- nein