

Deutsche Umweltstudie zur Gesundheit
von Kindern und Jugendlichen
GerES 2014–2017

Wie geht es Ihrem Kind?
Fragebogen zu Krankheiten
und gesundheitlichen Beschwerden



Interviewer-Nr.

UBA-ANR

Wird vom Interviewenden bei der Übergabe des Fragebogens ausgefüllt.

Liebe Eltern,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, an der Deutschen Umweltstudie zur Gesundheit teilzunehmen.

Im Rahmen der KiGGS-Untersuchung haben Sie bereits Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes beantwortet.

Der Fragebogen, den Sie jetzt in Händen halten, beinhaltet Fragen, die die Gesundheitsfragen aus KiGGS ergänzen. Ziel ist es herauszufinden, ob die gesundheitliche Situation Ihres Kindes möglicherweise in Zusammenhang mit Umweltbelastungen steht.

Wir möchten Sie daher herzlich bitten, diesen Fragebogen jetzt auszufüllen. Unsere Interviewerin bzw. unser Interviewer kann ihn dann gleich im Anschluss wieder mitnehmen. Sollten Sie jetzt keine Gelegenheit haben, den Fragebogen ganz auszufüllen, so können Sie den vollständig ausgefüllten Fragebogen auch in den nächsten Tagen an die

Kantar Health GmbH, Landsberger Straße 284, 80687 München

senden.

Dazu übergeben wir Ihnen auch einen portofreien Rückumschlag.

Bitte alle Zusendungen/
Anfragen an:

KANTAR HEALTH

Kantar Health GmbH

Landsberger Straße 284

80687 München

T +49 (0) 800 1121139

F +49 (0) 89 56 00-14 00

GerES@kantarhealth.com

www.kantarhealth.de

1 Zu Beginn haben wir einige Fragen zu allgemeinen Krankheiten und Beschwerden Ihres Kindes. Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten brennende, juckende oder tränende Augen, obwohl es nicht erkältet war/keine Allergie/Heuschnupfen hatte?
Bitte machen Sie nur ein Kreuz.

2 Nein
 1 Ja → Weiter mit Frage 1.1
 8 Weiß nicht
↓ Weiter mit Frage 2

1.1 Wie häufig traten diese Beschwerden auf?
Bitte machen Sie nur ein Kreuz.

1 Selten
 2 Häufig
 3 Dauernd
 8 Weiß nicht

2 Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten **Reizungen der Nase wie Stechen, Kratzen, Beißen, Brennen in der Nase**, obwohl es nicht erkältet war/keine Allergie/Heuschnupfen hatte?
Eine laufende Nase/Niesen gilt auch als Reizung, so dass „Ja“ anzukreuzen ist.

2 Nein
 1 Ja → Weiter mit Frage 2.1
 8 Weiß nicht
↓ Weiter mit Frage 3

2.1 Wie häufig traten diese Beschwerden auf?
Bitte machen Sie nur ein Kreuz.

1 Selten
 2 Häufig
 3 Dauernd
 8 Weiß nicht

3 Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten **Reizungen der Kehle wie Schwellungen oder Kratzen im Hals oder Rachen**, obwohl es nicht erkältet war/keine Allergie/Heuschnupfen hatte?
Bitte machen Sie nur ein Kreuz.

2 Nein
 1 Ja → Weiter mit Frage 3.1
 8 Weiß nicht
↓ Weiter mit Frage 4

3.1 Wie häufig traten diese Beschwerden auf?
Bitte machen Sie nur ein Kreuz.

1 Selten
 2 Häufig
 3 Dauernd
 8 Weiß nicht

4 Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten **Hautbeschwerden** (z. B. gerötete, gereizte, juckende, raue Haut oder Ausschlag)?
Bitte machen Sie nur ein Kreuz.

2 Nein
 1 Ja → Weiter mit Frage 4.1
 8 Weiß nicht
↓ Weiter mit Frage 5

4.1 Wie häufig traten diese Beschwerden auf?
Bitte machen Sie nur ein Kreuz.

1 Selten
 2 Häufig
 3 Dauernd
 8 Weiß nicht

5 Im Folgenden geht es um ganz allgemeine Beschwerden, die ein Kind haben kann. Nachfolgend sehen Sie eine Liste, in der allgemeine Beschwerden aufgeführt sind.

Bitte kreuzen Sie für jede Beschwerde alles Zutreffende an:

Wenn Sie bei einer Beschwerde auf die Frage in Spalte A „ja“ angeben, beantworten Sie bitte auch die Frage in Spalte B zu den letzten 12 Monaten. Wenn Ihr Kind die Beschwerde in den letzten 12 Monaten hatte, beantworten Sie bitte dann auch die Fragen „Wie häufig treten/traten sie auf?“ und „Treten sie zurzeit auf?“. Bei „Nein“ oder „Weiß nicht“ in den Fragen zu „jemals“ oder „in den letzten 12 Monaten“ fahren Sie bitte mit der Beantwortung der nächsten Beschwerde in der Liste fort.

	Hatte Ihr Kind folgende Beschwerden:		Falls die Beschwerden in den letzten 12 Monaten auftraten:	
	A. Jemals?	B. In den letzten 12 Monaten?	C. Wie häufig traten/ traten diese auf?	D. Treten sie zurzeit auf?
5.1 Trockenheitsgefühl in den Augen	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.2</i>
5.2 Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.3</i>
5.3 Heißhunger	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.4</i>
5.4 Übelkeit	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.5</i>



	Hatte Ihr Kind folgende Beschwerden:		Falls die Beschwerden in den letzten 12 Monaten auftraten:	
	A. Jemals?	B. In den letzten 12 Monaten?	C. Wie häufig traten/ treten diese auf?	D. Treten sie zurzeit auf?
5.5 Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.6</i>
5.6 Schwarzwerden vor Augen	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.7</i>
5.7 Anfälligkeiten für Infekte	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.8</i>
5.8 Nasenbluten	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.9</i>
5.9 Blaue Flecken	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.10</i>
5.10 Bewegungseinschränkungen von Gelenken	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.11</i>





	Hatte Ihr Kind folgende Beschwerden:		Falls die Beschwerden in den letzten 12 Monaten auftraten:	
	A. Jemals?	B. In den letzten 12 Monaten?	C. Wie häufig traten/ treten diese auf?	D. Treten sie zurzeit auf?
5.11 Abnorme Müdigkeit	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.12</i>
5.12 Benommenheit	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.13</i>
5.13 Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.14</i>
5.14 Konzentrationsprobleme	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.15</i>
5.15 Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.16</i>
5.16 Übermäßiges Schlafbedürfnis	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.17</i>





	Hatte Ihr Kind folgende Beschwerden:		Falls die Beschwerden in den letzten 12 Monaten auftraten:	
	A. Jemals?	B. In den letzten 12 Monaten?	C. Wie häufig traten/ treten diese auf?	D. Treten sie zurzeit auf?
5.17 Durchfall	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.18</i>
5.18 Verstopfung	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.19</i>
5.19 Sodbrennen oder saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.20</i>
5.20 Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.21</i>
5.21 Zittern	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.22</i>
5.22 Kloßgefühl, Enge oder Würgen im Hals	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.23</i>





	Hatte Ihr Kind folgende Beschwerden:		Falls die Beschwerden in den letzten 12 Monaten auftraten:	
	A. Jemals?	B. In den letzten 12 Monaten?	C. Wie häufig traten/ treten diese auf?	D. Treten sie zurzeit auf?
5.23 Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.24</i>
5.24 Schwächegefühl	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.25</i>
5.25 Schluck- beschwerden	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.26</i>
5.26 Stich, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.27</i>
5.27 Reizbarkeit	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.28</i>
5.28 Starkes Schwitzen	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.29</i>



	Hatte Ihr Kind folgende Beschwerden:		Falls die Beschwerden in den letzten 12 Monaten auftraten:	
	A. Jemals?	B. In den letzten 12 Monaten?	C. Wie häufig traten/ treten diese auf?	D. Treten sie zurzeit auf?
5.29 Kreuz- oder Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.30</i>
5.30 Innere Unruhe	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.31</i>
5.31 Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.32</i>
5.32 Unruhe in den Beinen	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.33</i>
5.33 Überempfindlichkeit gegen Wärme	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.34</i>
5.34 Überempfindlichkeit gegen Kälte	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.35</i>

	Hatte Ihr Kind folgende Beschwerden:		Falls die Beschwerden in den letzten 12 Monaten auftraten:	
	A. Jemals?	B. In den letzten 12 Monaten?	C. Wie häufig traten/ treten diese auf?	D. Treten sie zurzeit auf?
5.35 Nacken- oder Schulterbeschwerden	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.36</i>
5.36 Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.37</i>
5.37 Ungewöhnliche Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.38</i>
5.38 Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.39</i>
5.39 Verzögerte Wundheilung	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.40</i>
5.40 Haarausfall	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.41</i>



	Hatte Ihr Kind folgende Beschwerden:		Falls die Beschwerden in den letzten 12 Monaten auftraten:	
	A. Jemals?	B. In den letzten 12 Monaten?	C. Wie häufig traten/ treten diese auf?	D. Treten sie zurzeit auf?
5.41 Herabgesetzte Geschmacks- oder Geruchsempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.42</i>
5.42 Schwierigkeit oder Schmerzen beim tief Durchatmen	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.43</i>
5.43 Heiserkeit	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.44</i>
5.44 Kalte Hände / Füße	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.45</i>
5.45 Andere Beschwerde und zwar: <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.46</i>	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 5.46</i>
5.46 Andere Beschwerde und zwar: <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 6</i>	<input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Manchmal <input type="checkbox"/> 3 Oft <input type="checkbox"/> 4 Dauernd <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Weiß nicht <i>Weiter mit Frage 6</i>



6 Ist von einer Ärztin oder einem Arzt bei Ihrem Kind irgendwann einmal eine **Nasennebenhöhlenentzündung (Sinusitis)** festgestellt worden?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz.

- 1 Ja, mehrmals 2 Ja, einmal 3 Nein 8 Weiß nicht

7 Wie häufig hatte Ihr Kind **Ohrenpfeifen/-rauschen (Tinnitus)**?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz.

- 1 Nie 2 Vorübergehend 3 Wiederkehrend 4 Dauerhaft 8 Weiß nicht

Im Folgenden fragen wir nach Erkrankungen des Stoffwechsels und des Hormonhaushaltes.

Bitte geben Sie an, ob Ihr Kind an dieser Erkrankung derzeit leidet und wenn ja, seit wann.

8 Leidet Ihr Kind an einer **Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)**?

- 2 Nein 1 Ja 8 Weiß nicht

Weiter mit Frage 9

8.1 Welchen Diabetes mellitus-Typ hat Ihr Kind?

- 1 Typ I 2 Typ II

Wird es mit Insulin behandelt?

- 1 Ja 2 Nein

8.2 Seit wann leidet es an diesem Typ?

Monat Jahr

9 Leidet Ihr Kind an einer **Schilddrüsenerkrankung**?

- 2 Nein 1 Ja 8 Weiß nicht

Weiter mit Frage 10

9.1 An welchen Schilddrüsenerkrankungen leidet Ihr Kind?
Bitte geben Sie alle an.

9.2 Seit wann leidet es an diesen Schilddrüsenerkrankungen?

Monat Jahr

10 Leidet Ihr Kind an einer **Nierenerkrankung**?

- 2 Nein 1 Ja 8 Weiß nicht

Weiter mit Frage 11

10.1 An welchen Nierenerkrankungen leidet Ihr Kind?
Bitte geben Sie alle an.

10.2 Seit wann leidet es an diesen Nierenerkrankungen?

Monat Jahr

11 Leidet Ihr Kind an **Hormon- oder Stoffwechselstörungen**, die wir hier noch nicht erfragt haben?

2 Nein 1 Ja

8 Weiß nicht

Weiter mit Frage 12

11.1 An welchen weiteren Hormon- oder Stoffwechselstörungen leidet Ihr Kind?
Bitte geben Sie alle an.

11.2 Seit wann leidet es an diesen Hormon- oder Stoffwechselstörungen?

Monat Jahr

Zuletzt bitten wir Sie noch um zwei Angaben zur Entwicklung Ihres Kindes.

Wenn es Ihnen zur Beantwortung der folgenden beiden Fragen hilft, können Sie gerne Ihre Aufzeichnungen zu Ihrem Kind (z. B. gelbes Vorsorgeheft) zu Hilfe nehmen.

12 Wurde jemals von einer Ärztin oder einem Arzt eine **Entwicklungsverzögerung** in den Bereichen Sprache, Motorik (Bewegungsfähigkeit), soziale Entwicklung oder kognitive Entwicklung (= Entwicklung beim Lernen, Erinnern und Denken) bei Ihrem Kind diagnostiziert?

1 Ja

2 Nein 8 Weiß nicht

13 Wurde jemals von einer Ärztin oder einem Arzt eine **unterschiedliche körperliche Entwicklung Ihres Kindes im Vergleich zu Gleichaltrigen** diagnostiziert?

1 Ja

2 Nein 8 Weiß nicht

Datum des Ausfüllens

. . 201

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen in dem beigegeführten Rückumschlag kostenfrei an Kantar Health zurück.