

Name: \_\_\_\_\_

ID-Nr. \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Medikamentengruppe \_\_\_\_\_

1 Stim 2 Antipsychot  
3 Antidep 4 Sonstige

männlich  weiblich

Ausgefüllt von: Mutter / Vater / Fachperson: \_\_\_\_\_

Name des Medikamentes: \_\_\_\_\_ Einnahme seit (Datum): \_\_\_\_\_

Die folgenden Fragen handeln von Ihren Erfahrungen als Eltern oder Bezugsperson mit Ihrem Kind, das Medikamente erhielt. Bitte beantworten Sie bei jeder der folgenden Feststellungen, wie sehr Sie auf Grund Ihrer Erfahrungen in den letzten \_\_\_\_\_ Wochen / Monaten der Behandlung jeweils zustimmen.

		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
		<b>Starke</b>	<b>Ableh-</b>	<b>weder</b>	<b>Zu-</b>	<b>starke</b>
		<b>Ableh-</b>	<b>nung</b>	<b>noch</b>	<b>stim-</b>	<b>Zustim-</b>
		<b>nung</b>			<b>mung</b>	<b>mung</b>
1.	Das Medikament hilft meinem Kind, bessere Leistungen in der Schule zu bringen.	<input type="checkbox"/>				
2.	Andere Kinder machen sich über mein Kind wegen seines Medikamentes lustig.	<input type="checkbox"/>				
3.	Das Medikament hindert mein Kind, das zu tun, was es tun will.	<input type="checkbox"/>				
4.	Wenn ich denke, dass mein Kind es nötig hat, dann verändere ich die Menge oder den Zeitpunkt der Einnahme des Medikamentes.	<input type="checkbox"/>				
5.	Das Medikament hilft meinem Kind dabei, besser mit seiner Familie zurechtzukommen.	<input type="checkbox"/>				
6.	Ich bin sicher, dass das Medikament für mein Kind richtig ist.	<input type="checkbox"/>				
7.	Ich muss aufpassen, dass mein Kind das Medikament einnimmt.	<input type="checkbox"/>				

	<b>1</b> <b>Starke</b> <b>Ableh-</b> <b>nung</b>	<b>2</b> <b>Ableh-</b> <b>nung</b>	<b>3</b> <b>weder</b> <b>noch</b>	<b>4</b> <b>Zu-</b> <b>stim-</b> <b>mung</b>	<b>5</b> <b>starke</b> <b>Zustim-</b> <b>mung</b>
8. Manchmal fällt es mir schwer, mich zu erinnern, ob mein Kind das Medikament eingenommen hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich habe Sorge, dass andere Kinder mein Kind wegen der Einnahme des Medikamentes hänseln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Die Tatsache, dass mein Kind ein Medikament einnimmt, lässt mich manchmal zweifeln, ob ich eine gute Mutter / ein guter Vater bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Das Medikament nimmt meinem Kind seine Persönlichkeit weg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich denke dass es von Vorteil ist, wenn ich das Medikament meinem Kind flexibel (d.h. bei Bedarf) geben kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mein Kind würde das Medikament auch dann nehmen, wenn ich nicht darauf bestehen würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich mache mir manchmal Sorgen, dass es nicht richtig ist, Kindern Medikamente zu geben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Das Medikament führt dazu, dass mein Kind benommen oder wie auf Trip ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Das Medikament hilft mir, das Verhalten meines Kindes zu kontrollieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Es ist für mich wichtig, dass das Medikament mir hilft, das Verhalten meines Kindes zu kontrollieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

	<b>Starke Ableh- nung</b>	<b>Ableh- nung</b>	<b>weder noch</b>	<b>Zu- stim- mung</b>	<b>starke Zustim- mung</b>
18. Andere Kinder wollen mit meinem Kind nicht befreundet sein, weil es das Medikament einnimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Mein Kind tut so, als ob es das Medikament einnimmt, versteckt es aber oder spuckt es aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich mache mir Sorgen, dass die Leute glauben, ich sei eine schlechte Mutter / ein schlechter Vater, weil mein Kind ein Medikament einnimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich bin besorgt über die Nebenwirkungen, die das Medikament bei meinem Kind hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Mein Kind hat das Gefühl, dass es wegen der Einnahme des Medikaments sich von anderen Kindern / Jugendlichen unterscheidet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Mein Kind will die Einnahme des Medikamentes loswerden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Es ist für mich wichtig, dass das Medikament meinem Kind hilft, in seinem Leben voran zu kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Andere Kinder / Jugendliche denken, dass mein Kind verrückt ist, weil es ein Medikament einnimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Das Medikament hat eine schlechte Wirkung auf mein Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

		<b>Starke Ableh- nung</b>	<b>Ableh- nung</b>	<b>weder noch</b>	<b>Zu- stim- mung</b>	<b>starke Zustim- mung</b>
27.	Manchmal gebe ich weniger von dem Medikament, wenn ich denke, dass mein Kind es nicht braucht (z.B. in den Schulferien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Manchmal ist es für mich schwierig, daran zu denken, meinem Kind das Medikament zur rechten Zeit zu geben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Ich mache mit der Einnahme des Medikaments während der Wochenenden oder der Ferien eine Pause.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Es ist mir peinlich, wenn Leute bemerken, dass mein Kind ein Medikament nimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Manchmal habe ich Schwierigkeiten, mich an die Dosis für mein Kind zu erinnern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	Das Medikament hilft meinem Kind, besser mit seinen Freunden zurecht zu kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Ich bin mit dem Verhalten meines Kindes unter dem Medikament zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Ich bin mit der Wirkdauer des Medikamentes für das Verhalten meines Kindes zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	Ich bin insgesamt mit der Wirkung des Medikamentes bei meinem Kind während der letzten Woche zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen:

---

---

---

---

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.