

Fragebogen zur erweiterten orthopädischen Vorsorgeuntersuchung (Nr. 1)

Eine Befragung im Rahmen des Innovationsfondsprojekts
„OrthoKids – Ergänzende orthopädische Vorsorgeuntersuchung für Kinder zur Vermeidung
von dauerhaften Skelettdeformitäten“

Liebes Elternteil, liebe Erziehungsberechtigte/r,

Vielen Dank, dass Sie mit Ihrem Kind an der OrthoKids-Studie teilnehmen.

Wie Sie wissen, geht es in dieser Studie darum zu untersuchen, ob eine Erweiterung der orthopädischen Vorsorge bei Kindern und Jugendlichen helfen würde, orthopädische Probleme so früh zu entdecken, dass sie möglichst gut behandelbar sind. Dadurch könnten gesundheitliche Folgeprobleme und aufwendige medizinische Maßnahmen, wie z. B. größere Operation, vermieden werden. Bei positiven Studienergebnissen hoffen wir, dass die erweiterte orthopädische Vorsorgeuntersuchung zukünftig regelhaft allen Kindern und Jugendlichen angeboten werden kann.

Ihre Perspektive auf die OrthoKids-Leistungen ist uns dabei sehr wichtig.

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, überspringen Sie diese bitte.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert etwa 15 bis 20 Minuten.

Bitte geben Sie den Fragebogen nach dem Ausfüllen beim Praxispersonal ab.

Die Daten werden durch das Klinikum Stuttgart verwaltet und durch die Uniklinik Köln ausgewertet. Die Auswertung erfolgt so, dass kein Rückschluss auf Ihre Person möglich ist.

Mit Ihrer Teilnahme an der Befragung helfen Sie uns, mehr über den Effekt einer erweiterten orthopädischen Vorsorgeuntersuchung zu erfahren und so eine nachhaltige Verbesserung der aktuellen Versorgungssituation zu fördern.

Liebe Grüße
Ihr OrthoKids-Team

Persönliche Angaben

Bitte füllen Sie folgende **persönlichen Angaben** aus. Diese Angaben werden an die OrthoKids-Vertrauensstelle weitergeleitet, die eine Studien-ID erstellt. Die Uniklinik Köln erhält die Fragebogendaten von der Vertrauensstelle dann nur unter dieser Studien-ID, also in pseudonymisierter Form. Somit kann kein Rückschluss auf Ihre Person und die Ihres Kindes erfolgen.

Zunächst benötigen wir von Ihnen **Angaben zu Ihrer Person**.

Vorname:	
Name:	
Telefonnummer:	+49 _____

Nun möchten wir Sie noch um **Angaben zu Ihrem Kind** bitten.

Vorname Ihres Kindes:																	
Nachname Ihres Kindes:																	
Geschlecht Ihres Kindes (bei Geburt):	<input type="checkbox"/> weiblich		<input type="checkbox"/> männlich		<input type="checkbox"/> divers												
Geburtsdatum Ihres Kindes (Format: TTMMJJJJ)																	
Größe Ihres Kindes:				cm	Krankenkasse Ihres Kindes:												
Gewicht Ihres Kindes:				kg	KV-Nummer Ihres Kindes:												

Thema: Körperliche Aktivität

Im Folgenden werden wir Ihnen einige Fragen zur **körperlichen Aktivität** Ihres Kindes stellen. Die folgenden Fragen beziehen sich alle auf die vergangenen 6 Monate.

Wie viele Schulstunden Sportunterricht (jeweils 45 Minuten) hat Ihr Kind in einer normalen Schulwoche?	_____ Stunden <input type="checkbox"/> keine Angabe
An wie vielen Tagen einer normalen Woche (Infobox: normal = Schulwoche/keine Ferien) ist Ihr Kind zusätzlich zum Schulsport mindestens 60 Minuten am Tag körperlich aktiv?	<input type="checkbox"/> an 7 Tagen <input type="checkbox"/> an 6 Tagen <input type="checkbox"/> an 5 Tagen <input type="checkbox"/> an 4 Tagen <input type="checkbox"/> an 3 Tagen <input type="checkbox"/> an 2 Tagen <input type="checkbox"/> an einem Tag <input type="checkbox"/> an keinem Tag → weiter zu Seite 6 <input type="checkbox"/> keine Angabe
Wie lange ist Ihr Kind insgesamt pro Woche zusätzlich zum Schulsport körperlich aktiv?	_____ Stunden <input type="checkbox"/> keine Angabe

Thema: Sportliche Aktivität

Nun möchten wir von Ihnen etwas über die **sportliche Aktivität** Ihres Kindes erfahren. Bitte füllen Sie diese Fragen nicht aus, wenn Sie bei der Frage zur körperlichen Aktivität „an keinem Tag“ angekreuzt haben. Die folgenden Fragen beziehen sich alle auf die vergangenen 6 Monate.

Die Dauer der sportlichen Aktivität ist dabei ohne Wegezeit, Umziehen oder Duschen anzugeben.

Welche Sportart(en) hat Ihr Kind <u>im Verein</u> betrieben?	Wie lange betreibt Ihr Kind die jeweilige Sportart in einer normalen Woche?	Wie sehr strengt Ihr Kind sich bei der jeweiligen Sportart in der Regel an?
1. Sportart: _____ <input type="checkbox"/> keine Sportart im Verein <input type="checkbox"/> weitere Sportart <input type="checkbox"/> keine Angabe	_____ Stunden <input type="checkbox"/> keine Angabe	<input type="checkbox"/> ohne zu schwitzen und ohne Kurzatmigkeit/Schnaufen <input type="checkbox"/> etwas schwitzen und etwas Kurzatmigkeit/Schnaufen <input type="checkbox"/> viel schwitzen und Kurzatmigkeit/Schnaufen <input type="checkbox"/> keine Angabe
2. Sportart: _____ <input type="checkbox"/> weitere Sportart <input type="checkbox"/> keine Angabe	_____ Stunden <input type="checkbox"/> keine Angabe	<input type="checkbox"/> ohne zu schwitzen und ohne Kurzatmigkeit/Schnaufen <input type="checkbox"/> etwas schwitzen und etwas Kurzatmigkeit/Schnaufen <input type="checkbox"/> viel schwitzen und Kurzatmigkeit/Schnaufen <input type="checkbox"/> keine Angabe
3. Sportart: _____ <input type="checkbox"/> keine Angabe	_____ Stunden <input type="checkbox"/> keine Angabe	<input type="checkbox"/> ohne zu schwitzen und ohne Kurzatmigkeit/Schnaufen <input type="checkbox"/> etwas schwitzen und etwas Kurzatmigkeit/Schnaufen <input type="checkbox"/> viel schwitzen und Kurzatmigkeit/Schnaufen <input type="checkbox"/> keine Angabe
Welche Sportart(en) hat Ihr Kind <u>außerhalb eines Vereins</u> betrieben?	Wie lange betreibt Ihr Kind die jeweilige Sportart in einer normalen Woche?	Wie sehr strengt Ihr Kind sich bei der jeweiligen Sportart in der Regel an?
1. Sportart: _____ <input type="checkbox"/> keine Sportart außerhalb eines Vereins <input type="checkbox"/> weitere Sportart <input type="checkbox"/> keine Angabe	_____ Stunden <input type="checkbox"/> keine Angabe	<input type="checkbox"/> ohne zu schwitzen und ohne Kurzatmigkeit/Schnaufen <input type="checkbox"/> etwas schwitzen und etwas Kurzatmigkeit/Schnaufen <input type="checkbox"/> viel schwitzen und Kurzatmigkeit/Schnaufen <input type="checkbox"/> keine Angabe
2. Sportart: _____ <input type="checkbox"/> weitere Sportart <input type="checkbox"/> keine Angabe	_____ Stunden <input type="checkbox"/> keine Angabe	<input type="checkbox"/> ohne zu schwitzen und ohne Kurzatmigkeit/Schnaufen <input type="checkbox"/> etwas schwitzen und etwas Kurzatmigkeit/Schnaufen <input type="checkbox"/> viel schwitzen und Kurzatmigkeit/Schnaufen <input type="checkbox"/> keine Angabe
3. Sportart: _____ <input type="checkbox"/> keine Angabe	_____ Stunden <input type="checkbox"/> keine Angabe	<input type="checkbox"/> ohne zu schwitzen und ohne Kurzatmigkeit/Schnaufen <input type="checkbox"/> etwas schwitzen und etwas Kurzatmigkeit/Schnaufen <input type="checkbox"/> viel schwitzen und Kurzatmigkeit/Schnaufen <input type="checkbox"/> keine Angabe

Thema: Körperliche Einschränkungen

Nun möchten wir von Ihnen etwas über mögliche **körperliche Einschränkungen** Ihres Kindes erfahren. Die folgenden Fragen beziehen sich alle auf die vergangenen 6 Monate.

Leidet Ihr Kind bei körperlichen Aktivitäten unter Beschwerden?

- nein → **weiter zu Seite 7**
 ja
 keine Angabe

Um welche Art von Beschwerden handelt es sich?

(Mehrfachantwort möglich)

- Knochen- und/oder Gelenkschmerzen
 Schwellungen
 Muskelbeschwerden (z.B. Krämpfe)
 Gangstörungen
 keine Angabe

Lokalisation der Beschwerden

(Mehrfachantwort möglich)

- Kopf/Gesicht
 Hals/Nacken
 Brustkorb
 Bauch
 Becken
 Wirbelsäule
 Schulter
 Oberarm
 Ellenbogen
 Unterarm
 Handgelenk
 Hand/Finger/Daumen
 Hüfte/Leiste
 Oberschenkel
 Knie
 Unterschenkel
 Achillessehne
 Sprunggelenk
 Fuß/Zehen
 keine Angabe

Thema: Körperliche Verletzungen

Nun möchten wir von Ihnen etwas über mögliche **körperliche Verletzungen** Ihres Kindes erfahren. Die folgenden Fragen beziehen sich alle auf die vergangenen 6 Monate.

<p>Hatte Ihr Kind eine oder mehrere Sport- oder Freizeitverletzungen, die zu Ausfallzeiten im Sport geführt haben?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein → weiter zu Seite 9</p> <p><input type="checkbox"/> ja, eine Verletzung</p> <p><input type="checkbox"/> ja, zwei Verletzungen</p> <p><input type="checkbox"/> ja, drei Verletzungen</p> <p><input type="checkbox"/> keine Angabe</p>
<p>Datum der Verletzung(en) (Mehrfachantwort möglich)</p>	<p>1. _____ . _____ . _____</p> <p>2. _____ . _____ . _____</p> <p>3. _____ . _____ . _____</p> <p><input type="checkbox"/> keine Angabe</p>
<p>Art der Verletzung(en): (Mehrfachantwort möglich)</p>	<p><input type="checkbox"/> Gehirnerschütterung</p> <p><input type="checkbox"/> Knochenbruch</p> <p><input type="checkbox"/> andere Knochenverletzung</p> <p><input type="checkbox"/> Ellenbogenausrenkung</p> <p><input type="checkbox"/> Ausrenkung anderer Gelenke</p> <p><input type="checkbox"/> Kniescheibenausrenkung</p> <p><input type="checkbox"/> Bänderverletzung/Verstauchung</p> <p><input type="checkbox"/> Kreuzbandverletzung</p> <p><input type="checkbox"/> Meniskus oder Knorpelverletzung</p> <p><input type="checkbox"/> Muskelverletzung (Zerrung/Riss/Krämpfe)</p> <p><input type="checkbox"/> Sehnenverletzung (Riss/Entzündung)</p> <p><input type="checkbox"/> Prellung</p> <p><input type="checkbox"/> Schürfwunde</p> <p><input type="checkbox"/> Platzwunde</p> <p><input type="checkbox"/> Nervenverletzung</p> <p><input type="checkbox"/> Zahnverletzung</p> <p><input type="checkbox"/> keine Angabe</p>
<p>Lokalisation der Verletzung(en) (Mehrfachantwort möglich)</p>	<p><input type="checkbox"/> Kopf/Gesicht</p> <p><input type="checkbox"/> Hals /Nacken</p> <p><input type="checkbox"/> Brustkorb</p> <p><input type="checkbox"/> Bauch</p> <p><input type="checkbox"/> Becken</p> <p><input type="checkbox"/> Wirbelsäule</p> <p><input type="checkbox"/> Schulter</p> <p><input type="checkbox"/> Oberarm</p> <p><input type="checkbox"/> Ellenbogen</p> <p><input type="checkbox"/> Unterarm</p> <p><input type="checkbox"/> Handgelenk</p> <p><input type="checkbox"/> Hand/Finger/Daumen</p> <p><input type="checkbox"/> Hüfte/Leiste</p>

	<input type="checkbox"/> Oberschenkel <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> Achillessehne <input type="checkbox"/> Sprunggelenk <input type="checkbox"/> Fuß/Zehen <input type="checkbox"/> keine Angabe
Verletzte Körperseite(n)	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> weder rechts noch links <input type="checkbox"/> keine Angabe
Name(n) der Verletzung(en)/Diagnose(n) (Mehrfachantwort möglich)	1. _____ 2. _____ 3. _____ <input type="checkbox"/> keine Angabe
Hatte Ihr Kind die gleiche(n) Verletzung(en) schon einmal an der gleichen Stelle? (Mehrfachantwort möglich)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> keine Angabe
Falls ja, war(en) diese Verletzung(en) innerhalb der letzten 6 Monate? (Mehrfachantwort möglich)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> keine Angabe
Wobei passierte(n) die Verletzung(en)? (Mehrfachantwort möglich)	<input type="checkbox"/> Training <input type="checkbox"/> Wettkampf <input type="checkbox"/> Schulsport <input type="checkbox"/> Sonstige Freizeitaktivität <input type="checkbox"/> keine Angabe
Wurde(n) die Verletzung(en) durch einen anderen Sportler oder Mitschüler verursacht? (Mehrfachantwort möglich)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> keine Angabe
Zeitdauer bis zur vollständigen Rückkehr zum Sport (Mehrfachantwort möglich)	1. _____ Woche(n) 2. _____ Woche(n) 3. _____ Woche(n) <input type="checkbox"/> Behandlung noch nicht abgeschlossen <input type="checkbox"/> keine Angabe

Thema: Lebensqualität

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Liste von Dingen, die möglicherweise für **Ihr Kind** ein Problem darstellen. Bitte sagen Sie uns, **inwieweit** diese Dinge in den **vergangenen VIER Wochen ein Problem** für **Ihr Kind** waren, indem Sie die zutreffende Zahl ankreuzen:

0 es war nie ein Problem

1 es war fast nie ein Problem

2 es war manchmal ein Problem

3 es war häufig ein Problem

4 es war fast immer ein Problem

Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.

Probleme im körperlichen Bereich <i>Mein Kind ...</i>	nie	fast nie	manch-mal	häufig	fast immer
1. hatte Probleme, mehr als 100 Meter zu Fuß zu gehen.	0	1	2	3	4
2. hatte Probleme beim Rennen.	0	1	2	3	4
3. hatte Probleme, an sportlichen Aktivitäten teilzunehmen.	0	1	2	3	4
4. hatte Probleme, etwas Schweres aufzuheben.	0	1	2	3	4
5. hatte Probleme, selbständig zu baden oder zu duschen.	0	1	2	3	4
6. hatte Probleme, Aufgaben im Haushalt zu erledigen.	0	1	2	3	4
7. hatte Schmerzen.	0	1	2	3	4
8. war schlapp.	0	1	2	3	4
Probleme im emotionalen Bereich <i>Mein Kind ...</i>	nie	fast nie	manch-mal	häufig	fast immer
1. hatte Angst.	0	1	2	3	4
2. war traurig.	0	1	2	3	4
3. war wütend.	0	1	2	3	4
4. hatte Schwierigkeiten zu schlafen.	0	1	2	3	4
5. hat sich Sorgen gemacht, was mit ihm passieren wird.	0	1	2	3	4
Probleme im sozialen Bereich <i>Mein Kind ...</i>	nie	fast nie	manch-mal	häufig	fast immer
1. hatte Schwierigkeiten, mit anderen Kindern gut auszukommen.	0	1	2	3	4
2. hatte Probleme, weil andere Kinder nicht mit ihm befreundet sein wollten.	0	1	2	3	4
3. wurde von anderen Kindern gehänselt.	0	1	2	3	4
4. konnte nicht das tun, was andere Kinder in seinem Alter tun können.	0	1	2	3	4
5. hatte Probleme, beim Spielen mit anderen Kindern mitzuhalten.	0	1	2	3	4

Probleme in der Schule <i>Mein Kind ...</i>	nie	fast nie	manch -mal	häufig	fast immer
1. hatte Probleme, im Unterricht aufzupassen.	0	1	2	3	4
2. hat Dinge vergessen.	0	1	2	3	4
3. hatte Schwierigkeiten, das, was es in der Schule und für die Schule tun sollte, zu erledigen.	0	1	2	3	4
4. hat in der Schule gefehlt, weil es ihm nicht gut ging.	0	1	2	3	4
5. hat in der Schule gefehlt, weil es beim Arzt oder im Krankenhaus war.	0	1	2	3	4

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!