

Fragebogen



**1 Ich habe von der Behinderung meines Kindes erfahren:**

- In der Schwangerschaft:  trifft zu  trifft nicht zu
- Während der Geburt:  trifft zu  trifft nicht zu
- Nach der Geburt:  trifft zu  trifft nicht zu
- Viel später:  trifft zu  trifft nicht zu

Platz für eine Anmerkung:

**2 Ich wurde sehr behutsam auf die Behinderung meines Kindes aufmerksam gemacht**

- trifft zu  trifft nicht zu

Platz für eine Anmerkung:

**3 Ich fühlte mich in meiner Schwangerschaft in Bezug auf die Behinderung meines Kindes gut betreut:**

- Von meinem Arzt/ Ärztin:  trifft zu  trifft nicht zu
- Von meiner Hebamme:  trifft zu  trifft nicht zu
- Von  trifft zu  trifft nicht zu
- Gar nicht:  trifft zu  trifft nicht zu

Platz für eine Anmerkung:

**4 Während der Geburt meines Kindes kam es zu Komplikationen**

- trifft zu  trifft nicht zu

Platz für eine Anmerkung:

**5 Ich fühlte mich während der Geburt in Bezug auf die Behinderung meines Kindes gut betreut:**

Von meinem Arzt/ Ärztin:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Vom Kinderarzt/ Kinderärztin:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Von meiner Hebamme:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Von den Schwestern:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Von	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Gar nicht:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu

Platz für eine Anmerkung:

**6 Während meines Aufenthaltes im Spital fühlte ich mich besonders gut betreut**

Von meinem Arzt/ Ärztin:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Vom Kinderarzt/ Kinderärztin:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Vom Therapeuten/ Therapeutin:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Von meiner Hebamme:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Von den Schwestern:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Von	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Gar nicht:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu

Platz für eine Anmerkung:

**7 Ich wurde während meines Spitalsaufenthaltes gut über die Behinderung meines Kindes aufgeklärt**

Von meinem Arzt/ Ärztin:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Vom Kinderarzt/ Kinderärztin:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Vom Therapeut/ Therapeutin:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Von meiner Hebamme:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Von den Schwestern:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Von	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Gar nicht:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu

Platz für eine Anmerkung:

**8 Ich hatte immer das Gefühl dass mein Kind im Spital bestens betreut wurde**

Vom Kinderarzt/ Kinderärztin:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Vom Therapeuten/ Therapeutin:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Von meiner Hebamme:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Von den Schwestern:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Von	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Gar nicht:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu

Platz für eine Anmerkung:

### 9 Ich hatte beim nach Hause gehen nicht das Gefühl alleine zu sein. Ich fühlte mich unterstützt von:

Meinem Partner:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Meiner Familie:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Meinem Arzt/ Ärztin:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Dem Therapeuten/ Therapeutin:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Der Hebamme:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Von den Schwestern:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Dem Kinderarzt/ Kinderärztin:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Andere:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu

Platz für eine Anmerkung:

### 10 Von meinem Recht auf Unterstützung von seiten der öffentlichen Hand (Pflegegeld...) erfuhr ich:

Meinem Arzt/ Ärztin:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Dem Therapeuten/ Therapeutin:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Der Hebamme:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Dem Kinderarzt/ Kinderärztin:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Von den Schwestern:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Zufällig:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Andere:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu

Platz für eine Anmerkung:

### 11 Auf die Steirische Vereinigung für Menschen mit Behinderung wurde ich aufmerksam durch:

Den Kinderarzt/ Kinderärztin:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Den Therapeuten/ Therapeutin:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Andere Eltern:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Folder:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Internet:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu

Platz für eine Anmerkung:

**12 Rückblickend auf die ersten Monate mit meinem behinderten Kind denke ich, dass mir geholfen hätte wenn:**

**13 Ich möchte gerne am Arbeitskreis "Diagnose Behindert" teilnehmen.**

Name:

Adresse:

Telefon:  E-mail:

