

Fragebogen

Datum:

No.:

Bitte vollständig ausfüllen und nur jeweils ein Antwortkreuz setzen. Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne an einen der Studienärzte.

Dauer: ~ 10 Minuten

Einverständnis zur Teilnahme:

Vielen Dank, dass Sie sich bereiterklären an oben genannter Umfragestudie teilzunehmen. Fand eine ausreichende Aufklärung statt, wurden Ihre Fragen beantwortet und wollen Sie an oben genannter Umfragestudie teilnehmen?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------

Abschnitt „1“ – Teilnehmer

1. Sind Sie Elternteil oder Sorgeberechtigte/r, der das Kind/die Kinder heute begleitet?

Elternteil <input type="checkbox"/>	Sorgeberechtigte/r <input type="checkbox"/>	Nicht zutreffend bzw. Keine Angabe <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	---	--

1.1 Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

16-20 Jahre <input type="checkbox"/>	21-30 Jahre <input type="checkbox"/>	31-40 Jahre <input type="checkbox"/>	41-50 Jahre <input type="checkbox"/>	51-60 Jahre <input type="checkbox"/>	61-70 Jahre <input type="checkbox"/>	> 70 Jahre <input type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

1.2 Welches Geschlecht haben Sie?

Männlich <input type="checkbox"/>	Weiblich <input type="checkbox"/>	Divers <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

1.3 Was ist ihr Beruf?

Student/in <input type="checkbox"/>	Wissenschaftlicher Mitarbeiter/in <input type="checkbox"/>	Angestellte/r <input type="checkbox"/>	Selbstständige Arbeit <input type="checkbox"/>	Arbeitssuchend <input type="checkbox"/>	Rentner/in <input type="checkbox"/>	Nicht zutreffend bzw. Keine Angabe <input type="checkbox"/>
--	---	---	---	--	--	--

1.4 Sind Sie im Gesundheitswesen tätig? (z.B. Pflege, Ärztin/Arzt, Med. Fachangestellte/r)

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angabe <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

Abschnitt „2“ – Neuartiges Corona-Virus / Corona-Pandemie

2.1 Waren Sie oder andere Personen, die mit Ihrem Kind / Ihren Kindern in einem Haushalt leben an COVID-19 erkrankt? (Achtung: Die Kinder selbst sind nicht gemeint!)

Ja, mit positivem Test <input type="checkbox"/>	Ja, ohne Test <input type="checkbox"/>	Nein, mit negativem Test <input type="checkbox"/>	Nein, ohne Test <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
---	--	---	--	--

2.2 Kennen Sie jemanden der an COVID-19 erkrankt ist / war oder arbeiten Sie mit Menschen, die an COVID-19 erkrankt sind / waren?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------	--

2.3 Wie groß ist Ihre Sorge selbst an COVID-19 zu erkranken?

Sehr groß <input type="checkbox"/>	Groß <input type="checkbox"/>	Moderat <input type="checkbox"/>	Klein <input type="checkbox"/>	Gar nicht <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--

2.4 Wie groß ist Ihre Sorge, dass Ihr(e) Kind(er) an COVID-19 erkrankt / erkranken?

Sehr groß <input type="checkbox"/>	Groß <input type="checkbox"/>	Moderat <input type="checkbox"/>	Klein <input type="checkbox"/>	Gar nicht <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--

Die nun folgenden Fragen 2.5 – 2.9 beziehen sich auf den Zeitraum der gesamten Corona-Pandemie!

2.5 Wie groß schätzen Sie das Risiko ein, dass Ihr(e) Kind(er) sich bei Besorgungen des Alltags (z.B. Einkaufen im Supermarkt, Besuch eines Spielplatzes) ansteckt / anstecken?

Sehr groß <input type="checkbox"/>	Groß <input type="checkbox"/>	Moderat <input type="checkbox"/>	Klein <input type="checkbox"/>	Gar nicht <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--

2.6 Wie groß schätzen Sie das Risiko ein, dass Ihr(e) Kind(er) sich bei einem Besuch beim niedergelassenen Kinderarzt / Hausarzt mit dem Corona-Virus ansteckt / anstecken?

Sehr groß <input type="checkbox"/>	Groß <input type="checkbox"/>	Moderat <input type="checkbox"/>	Klein <input type="checkbox"/>	Gar nicht <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--

2.7 Wie groß schätzen Sie das Risiko ein, dass Ihr(e) Kind(er) sich bei einem Besuch in einer Kinderklinik mit dem Corona-Virus ansteckt / anstecken?

Sehr groß <input type="checkbox"/>	Groß <input type="checkbox"/>	Moderat <input type="checkbox"/>	Klein <input type="checkbox"/>	Gar nicht <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--

2.8 Hat die Corona-Pandemie die psychische und / oder körperliche Gesundheit Ihres/r Kind(er) beeinflusst?

Ja, negativ beeinflusst <input type="checkbox"/>	Ja, positiv beeinflusst <input type="checkbox"/>	Nein, nicht beeinflusst <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
---	--	--	---

2.9 Hat die Corona-Pandemie die sonstige Lebensqualität Ihres/r Kind(er) beeinflusst?

Ja, negativ beeinflusst <input type="checkbox"/>	Ja, positiv beeinflusst <input type="checkbox"/>	Nein, nicht beeinflusst <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
---	--	--	---

Abschnitt „3“ – Kind(er)

3.1 Wie viele Kinder haben Sie?

1 Kind <input type="checkbox"/>	2 Kinder <input type="checkbox"/>	3 Kinder <input type="checkbox"/>	4 Kinder <input type="checkbox"/>	> 4 Kinder <input type="checkbox"/>	Keine Angabe <input type="checkbox"/>
---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	--

3.2 Wie alt sind die Kinder? (Hier sind Mehrfachantworten möglich!)

Kind	0-1 Jahr <small>(Bedeutung: innerhalb der ersten 24 Lebensmonate)</small>	2-5 Jahre	6-12 Jahre	13-18 Jahre	>18	Keine Angabe
#1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
#2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
#3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
#4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
#5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
#6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
#7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.3 Hat eines Ihrer Kinder eine chronische Erkrankung (z.B. Asthma, Neurodermitis, chronisch entzündliche Darmerkrankung, Rheuma, etc., siehe Definition)?

Ja <input type="checkbox"/> → Ab Abschnitt 4 weiter ausfüllen (weiter ab Seite 5 bis Ende)	Nein <input type="checkbox"/> → Nur ab Abschnitt 5 weiter ausfüllen (ab Seite 9 bis Ende)
---	--

Definition chronischer Erkrankung (im Kindesalter):

- Erkrankung / Zustand besteht seit min. 3 Monaten (Achtung: Kinder unter 1 Jahr hier nicht zu bewerten)¹
- Erkrankung / Zustand schränkt altersangemessene Aktivitäten ein und / oder hat wiederkehrenden Bedarf einer medizinischen Versorgung / Kontrolluntersuchung¹
- *Generell gilt: Eine Diagnose durch den Kinderarzt die über einen längeren Zeitraum als 3 Monate besteht gilt als chronische Erkrankung*

¹Schmidt, Silke & Thyen, Ute. (2008). Was sind chronisch kranke Kinder?. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 51. 585-591. 10.1007/s00103-008-0534-5.

3.3.1 Falls „JA“, mit welchem Ihrer Kinder stellen Sie sich heute mit Termin oder einer akuten Erkrankung in der Kinderklinik vor?

Mein(e) chronisch krankes/en Kind(er) <input type="checkbox"/>	Mein(e) sonst gesunden Kind(er) <input type="checkbox"/>
---	---

Abschnitt „4“ – Familien mit chronisch kranken Kindern / Vorgehen mit chronisch kranken Kindern

4.1 Wie viele Ihrer Kinder haben eine chronische Erkrankung?

1 Kind <input type="checkbox"/>	2 Kinder <input type="checkbox"/>	3 Kinder <input type="checkbox"/>	4 Kinder <input type="checkbox"/>	> 4 Kinder <input type="checkbox"/>	Keine Angabe <input type="checkbox"/>
---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

4.2 Um was für eine Art der chronischen Erkrankung handelt es sich? (Hier sind Mehrfachantworten möglich!)

Kind	Atemwege <small>(z.B. Asthma)</small>	Leber und/oder Darm	Herz	Niere	Rheuma /Gelenke	Hämatologie /Onkologie <small>(z.B. Krebserkrankung)</small>	Stoffwechsel <small>(z.B. Diabetes mellitus)</small>	anderes	Keine Angabe / weiß nicht
#1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
#2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
#3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
#4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
#5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
#6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
#7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.3 War (oder ist) ihr chronisch krankes Kind / Kinder an COVID-19 erkrankt?

Ja, mit positivem Test <input type="checkbox"/>	Ja, ohne Test <input type="checkbox"/>	Nein, mit negativem Test <input type="checkbox"/>	Nein, ohne Test <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
---	--	---	--	--

4.4 Nimmt eines Ihrer chronisch kranken Kinder aufgrund seiner Erkrankung regelmäßig/dauerhaft Medikamente ein?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------	--

4.4.1 Falls „JA“, kam es aufgrund der Corona-Pandemie zu Versorgungsproblemen mit den benötigten Medikamenten?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------	--

4.5 Macht die chronische Erkrankung eines / mehrerer Ihrer Kinder regelmäßige ambulante Arztbesuche und / oder stationäre Aufnahmen in einer Klinik notwendig?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------	--

4.6 Kam es aufgrund der Corona-Pandemie zu Terminverschiebungen oder -ausfällen von ambulanten Vorstellungen bei Ihrer Kinderarzt/ Hausarzt oder in einer Spezialsprechstunde (z.B. in einer Kinderklinik) für eines Ihrer chronisch kranken Kinder?

Ja, die Klinik/Praxis hat den Termin abgesagt <input type="checkbox"/>	Ja, ich/wir haben den Termin abgesagt <input type="checkbox"/>	Nein, keine Terminverschiebung <input type="checkbox"/>	Nein, kein Arztbesuch war geplant / erforderlich <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
--	--	---	---	--

4.6.1 Falls „JA“: Wo war dieser Termin geplant?

Niedergelassener Kinderarzt / Hausarzt <input type="checkbox"/>	Spezialsprechstunde (z.B. Asthmasprechstunde in einer Kinderklinik) <input type="checkbox"/>	Ambulante Intervention / Diagnostik (z.B. ambulante OP, Bildgebung wie Röntgen/CT/MRT, etc.) <input type="checkbox"/>	Sonstiges (z.B. Physiotherapie, Reha, etc.) <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
---	--	---	--	--

4.6.2 Falls „JA“, waren davon notwendige Termine für reguläre Vorsorgeuntersuchungen (U-Untersuchungen) oder Impfungen betroffen?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------	--

4.6.3 Falls „JA, ich/wir haben den Termin abgesagt“: Haben Sie aus Sorge vor einer Ansteckung mit dem Corona-Virus den ambulanten Termin abgesagt oder verschoben?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------	--

4.6.4 Falls „JA, die Klinik/Praxis hat den Termin abgesagt“, wurden als Ersatz für die Vorstellung in der Spezialsprechstunde alternative Möglichkeiten angeboten, wie z.B. Videosprechstunde, Telefonsprechstunde, ausführliche Telefonate o.ä.?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------	--

4.7 Haben Sie das Angebot einer kontaktlosen medizinischen Versorgung wie Videosprechstunde, Telefonsprechstunde, ausführliche Telefonate oder Ähnliches. genutzt?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------	--

4.7.1 Falls „JA“, wie gut konnte dies die persönliche Vorstellung in der Spezialsprechstunde ersetzen?

Sehr gut <input type="checkbox"/>	Gut <input type="checkbox"/>	Moderat <input type="checkbox"/>	Wenig <input type="checkbox"/>	Gar nicht <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--

4.8 Wünschen Sie sich im Rahmen der Corona-Pandemie mehr Angebote einer kontaktlosen medizinischen Versorgung, wie z.B. Videosprechstunde, Telefonsprechstunde, ausführliche Telefonate oder Ähnliches?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------	--

4.9 Kam es aufgrund der Corona-Pandemie zu Terminverschiebungen oder -ausfällen von stationären Terminen für eines Ihrer chronisch kranken Kinder?

Ja, die Klinik/Praxis hat den Termin abgesagt <input type="checkbox"/>	Ja, ich/wir haben den Termin abgesagt <input type="checkbox"/>	Nein, nicht verschoben <input type="checkbox"/>	Nein, es waren <u>keine</u> stationären Termine geplant <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
--	--	---	--	--

4.9.1 Falls „JA, ich/wir haben den Termin abgesagt“, haben Sie aus Sorge vor einer Ansteckung mit dem Corona-Virus stationäre Termine abgesagt oder verschoben?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------	--

4.10 Falls Terminabsagen oder -verschiebungen von ambulanten und/oder stationären Terminen stattfanden:

Wie sehr hat dies aus Ihrer Sicht die Gesundheit Ihres Kindes negativ beeinträchtigt?

Sehr stark <input type="checkbox"/>	Stark <input type="checkbox"/>	Moderat <input type="checkbox"/>	Wenig <input type="checkbox"/>	Gar nicht <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>	Nicht zutreffend / Keine Terminabsagen <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--	---

4.11 Haben die behandelnden Ärzte / Therapeuten Ihnen Informationen zum Umgang mit dem Corona-Virus bei ihrem chronischen kranken Kind / Kindern zur Verfügung gestellt?

Ja, ausreichend Informationen <input type="checkbox"/>	Ja, aber zu wenig Informationen <input type="checkbox"/>	Nein, keine Informationen <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
--	--	--	--

4.11.1 Haben / Hätten sie mehr Bedarf an (z.B. online zugänglichen) Informationen zum Umgang mit dem Corona-Virus bei Ihrem chronisch kranken Kind / Kindern gehabt?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------	--

4.12 Hat die Corona-Pandemie insgesamt aus Ihrer Sicht Auswirkungen auf die Gesundheit Ihres chronisch kranken Kindes / meiner chronisch kranken Kinder?

Ja, negative Auswirkungen <input type="checkbox"/>	Ja, positive Auswirkungen <input type="checkbox"/>	Nein, keine Auswirkungen <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
--	--	---	--

4.13 Würden Sie im Falle einer akuten Erkrankung generell bei einem Ihrer Kinder einen Arztbesuch während der Corona-Pandemie, vermeiden oder hinauszögern?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------	--

4.14 Würden Sie im Falle einer akuten Erkrankung aber für Sie leichten Problematik (z.B. Husten, Durchfall) bei einem Ihrer Kinder einen Arztbesuch während der Corona-Pandemie, vermeiden oder hinauszögern?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------	--

4.15 Würden Sie im Falle einer akuten, für Sie möglicherweise lebensbedrohlichen Erkrankung bei einem Ihrer Kinder einen Arztbesuch während der Corona-Pandemie, vermeiden oder hinauszögern?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------	--

Abschnitt „5“ – Familien mit sonst gesunden Kinder / Vorgehen bei gesunden Kindern

BITTE BEACHTEN:

Falls Sie nur chronisch kranke Kinder / ein chronisch krankes Kind haben bitte NICHT ausfüllen!

5.1 War (oder ist) ihr sonst gesundes Kind / Kinder an COVID-19 erkrankt?

Ja, mit positivem Test <input type="checkbox"/>	Ja, ohne Test <input type="checkbox"/>	Nein, mit negativem Test <input type="checkbox"/>	Nein, ohne Test <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
---	--	---	--	--

5.2 Kam es aufgrund der Corona-Pandemie zu Terminverschiebungen oder -ausfällen beim Kinderarzt / Hausarzt für eines Ihrer Kinder?

Ja, die Klinik/Praxis hat den Termin abgesagt <input type="checkbox"/>	Ja, ich/wir haben den Termin abgesagt <input type="checkbox"/>	Nein, keine Terminverschiebung <input type="checkbox"/>	Nein, kein Arztbesuch war geplant / erforderlich <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
--	--	---	---	--

5.2.1 Falls „JA“, welche Art von Vorstellung war geplant?

Reguläre Vorsorgeuntersuchungen (z.B. U-Untersuchungen, Impfungen, etc.) <input type="checkbox"/>	Akute Vorstellung (z.B. bei Atemwegsinfektion, Bauchschmerzen, etc.) <input type="checkbox"/>	Sonstiges (z.B. Abholung eines Rezepts, Entschuldigung für den Schulunterricht <input type="checkbox"/>	Keine Angabe <input type="checkbox"/>
---	--	---	---------------------------------------

5.2.2 Falls „JA, ich/wir haben den Termin abgesagt“, haben Sie einen oder mehrere Termine *aus Sorge vor Ansteckung mit dem Corona-Virus* verschoben oder abgesagt?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------	--

5.2.3 Falls „JA“, wie sehr hat die Terminverschiebung oder -ausfall die Gesundheit Ihres Kindes aus Ihrer Sicht negativ beeinträchtigt?

Sehr stark <input type="checkbox"/>	Stark <input type="checkbox"/>	Moderat <input type="checkbox"/>	Wenig <input type="checkbox"/>	Gar nicht <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--

5.3 Sollte eines Ihrer Kinder während der Corona-Pandemie stationär in einem Krankenhaus aufgenommen werden?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------	--

5.3.1 Falls „JA“, haben Sie die stationäre Aufnahme Ihres Kindes aus Sorge vor COVID-19 auf eigenen Wunsch abgelehnt oder haben auf eigenen Wunsch das Krankenhaus früher als geplant verlassen?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------	--

5.3.1.1 Falls „JA“, wie sehr hat dies aus Ihrer Sicht die Gesundheit Ihres Kindes negativ beeinträchtigt?

Sehr stark <input type="checkbox"/>	Stark <input type="checkbox"/>	Moderat <input type="checkbox"/>	Wenig <input type="checkbox"/>	Gar nicht <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--

5.4 Würden Sie im Falle einer akuten Erkrankung *generell* bei einem Ihrer Kinder einen Arztbesuch während der Corona-Pandemie, vermeiden oder hinauszögern?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------	--

5.5 Würden Sie im Falle einer akuten Erkrankung *aber für Sie leichten Problematik* (z.B. Husten, Durchfall) bei einem Ihrer Kinder einen Arztbesuch während der Corona-Pandemie, vermeiden oder hinauszögern?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------	--

5.6 Würden Sie im Falle einer akuten, *für Sie möglicherweise lebensbedrohlichen* Erkrankung bei einem Ihrer Kinder einen Arztbesuch während der Corona-Pandemie, vermeiden oder hinauszögern?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------	--

5.7 Hat die Corona-Pandemie insgesamt aus Ihrer Sicht Auswirkungen auf die Gesundheit Ihres Kindes / Ihrer Kinder?

Ja, negative Auswirkungen <input type="checkbox"/>	Ja, positive Auswirkungen <input type="checkbox"/>	Nein, keine Auswirkungen <input type="checkbox"/>	Weiß nicht / Keine Angabe <input type="checkbox"/>
--	--	---	--

Vielen Dank!