

Befragung von Eltern minderjähriger Patienten mit akuten Atemwegsinfektionen im Rahmen des RESIST Projekts

Sehr geehrte Eltern,

vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Befragung! Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- **Vergewissern Sie sich, dass Sie die Patienteninformation zu dieser Befragung erhalten haben.**
- **Zum Ausfüllen des Fragebogens:**
 - Bitte kreuzen Sie jeweils die aus Ihrer Sicht zutreffende Antwort an.
 - Bitte machen Sie das Kreuz direkt im Kästchen, nicht neben dem Kästchen: ☒
 - Wenn Sie eine Angabe rückgängig machen wollen, füllen Sie das Kästchen ganz aus: ■.

A. Ihr heutiger Praxisbesuch

1. Aufgrund welcher vom Arzt festgestellten Erkrankung sind Sie heute mit Ihrem Kind in die Praxis gekommen? (Bitte ankreuzen, Mehrfachangaben sind möglich)	
<input type="checkbox"/>	Erkältung / grippaler Infekt oder Grippe (Beschwerden: z.B. Schnupfen, Husten, Heiserkeit, Halsschmerzen, ggf. erhöhte Temperatur / Fieber)
<input type="checkbox"/>	Nasennebenhöhlenentzündung
<input type="checkbox"/>	Mittelohrentzündung
<input type="checkbox"/>	Mandelentzündung
<input type="checkbox"/>	Bronchitis
<input type="checkbox"/>	Lungenentzündung
<input type="checkbox"/>	Andere Erkrankung(en)

2. Hatten Sie sich vor dem Gespräch mit der Ärztin / dem Arzt erhofft, dass Ihrem Kind für die oben genannte Erkrankung ein Antibiotikum verordnet wird?	
<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Weiß ich nicht

3. Haben Sie die Ärztin / den Arzt um die Verordnung eines Antibiotikums gebeten?	
<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Weiß ich nicht

4. Wurde Ihrem Kind von der Ärztin / dem Arzt zur Behandlung der oben angegebenen Erkrankung ein Antibiotikum verordnet?	
<input type="checkbox"/>	Ja (Bitte weiter bei Frage 5)
<input type="checkbox"/>	Nein (Bitte weiter bei Frage 13)
<input type="checkbox"/>	Weiß ich nicht (Bitte weiter bei Frage 16)

Wenn Ihrem Kind ein Antibiotikum verordnet wurde: Die Ärztin / der Arzt hat ...		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Weiß nicht
5.	...die Vor- und Nachteile der Einnahme eines Antibiotikums mit mir besprochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	... mir verständlich erklärt, warum in diesem Fall ein Antibiotikum sinnvoll ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Befragung von Eltern minderjähriger Patienten mit akuten Atemwegsinfektionen im Rahmen des RESIST Projekts

Wenn Ihrem Kind ein Antibiotikum verordnet wurde: Die Ärztin / der Arzt hat ...		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Weiß nicht
7.	... mich in die Entscheidung, meinem Kind ein Antibiotikum zu verordnen, einbezogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	... mir verständlich erklärt, wie mein Kind das Antibiotikum einnehmen soll (z.B. wie oft, wann, wie lange)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	... mir erklärt, dass es wichtig ist, die Dauer der Einnahme einzuhalten (nicht früher beenden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wann soll / sollte Ihr Kind mit der Einnahme des Antibiotikums beginnen? (Bitte ankreuzen)						
<input type="checkbox"/>	Heute bzw. am Tag der Verordnung (bitte weiter bei Frage 16)					
<input type="checkbox"/>	Nur dann, wenn es mir in den nächsten Tagen <u>nicht</u> besser geht (bitte weiter bei Frage 11).					
Wenn Ihr Kind das Antibiotikum nur einnehmen soll/sollte, wenn es ihm <u>nicht</u> besser geht:		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Weiß nicht
11.	Ich bin/war damit einverstanden, mit der Einnahme zu warten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ich fühle/fühlte mich unwohl damit, mit der Einnahme zu warten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ Bitte weiter bei Frage 16

Wenn Ihrem Kind für die Behandlung seiner Erkrankung <u>kein</u> Antibiotikum verordnet wurde:	
13. Wurde über die Einnahme eines Antibiotikums gesprochen?	
<input type="checkbox"/>	Ja (bitte weiter bei Frage 14)
<input type="checkbox"/>	Nein (bitte weiter bei Frage 16)

Wenn kein Antibiotikum verordnet wurde:		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Weiß nicht
14.	Die Ärztin / der Arzt hat mir verständlich erklärt, warum in diesem Fall ein Antibiotikum <u>nicht</u> sinnvoll ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Mit der Entscheidung, <u>kein</u> Antibiotikum einzunehmen, bin ich einverstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Haben Sie heute in der Praxis <u>allgemeine</u> Informationen zu Antibiotika erhalten? (Mehrfachangaben sind möglich)	
<input type="checkbox"/>	Ja, mündliche Informationen vom Praxispersonal (Schwestern/Arzthelferinnen)
<input type="checkbox"/>	Ja, schriftliche Informationen wurden mir persönlich ausgehändigt (z.B. Informationsblatt)
<input type="checkbox"/>	Ja, im Wartezimmer ausliegend / aushängend (z.B. Faltblatt, Broschüre, Plakat)
<input type="checkbox"/>	Ja, sonstige Informationen (z.B. Video, TV, Computer)
<input type="checkbox"/>	Nein

Befragung von Eltern minderjähriger Patienten mit akuten Atemwegsinfektionen im Rahmen des RESIST Projekts

17. Wie bewerten Sie die Informationsmaterialien, die Sie heute in der Praxis gesehen/erhalten haben? Bitte bewerten Sie die einzelnen Aspekte anhand von Schulnoten von 1 bis 6. (1= sehr gut, 2= gut, 3=befriedigend, 4= ausreichend, 5=mangelhaft, 6=ungenügend).

	Inhaltliche Verständlichkeit	Gestaltung fand ich gelungen/ansprechend	Informationen empfand ich hilfreich	Habe ich nicht gesehen/erhalten
Infozept (Empfehlungen bei akuten Atemwegsinfekten)	—	—	—	—
Infozept (Antibiotika-Behandlung)	—	—	—	—
Broschüre „Oft ist Ruhe wirksamer als ein Antibiotikum“	—	—	—	—
Poster „Bettruhe“	—	—	—	—
Poster „Wissen hilft“	—	—	—	—

18. Ihre Erfahrungen in dieser Arztpraxis ganz allgemein, in der Vergangenheit (bitte nur eine Angabe):

<input type="checkbox"/>	Antibiotika wurden meinem Kind häufiger verordnet, als ich erwartet habe (eher zu großzügig)
<input type="checkbox"/>	Antibiotika wurden meinem Kind so verordnet, wie ich es erwartet habe
<input type="checkbox"/>	Antibiotika wurden seltener verordnet, als ich erwartet habe (zu zurückhaltend oder gar nicht)
<input type="checkbox"/>	Ich hatte bezüglich Antibiotika keine Erwartungen
<input type="checkbox"/>	Antibiotika waren bisher kein Thema
<input type="checkbox"/>	Ich bin zum ersten Mal in dieser Praxis, daher keine Angabe möglich

	Gesamtzufriedenheit mit dieser Praxis	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Weiß nicht
19.	Mit der <u>heutigen</u> Behandlung der Erkrankung meines Kindes bin ich zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Allgemeine Aussagen zur Wirkung von Antibiotika

	Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen:	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Weiß nicht
20.	Die meisten Erkältungen bzw. grippalen Infekte heilen ohne Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Wenn Antibiotika zu oft angewendet werden, lässt ihre Wirkung nach, weil widerstandsfähige (resistente) Krankheitserreger entstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Antibiotika-resistente Krankheitserreger könnten mich oder meine Familie infizieren (anstecken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Erkältungen bzw. grippale Infekte heilen meist schneller mit Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Antibiotika sind wirksam gegen Viren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Antibiotika sind wirksam gegen Bakterien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Antibiotika können auch ernste Nebenwirkungen haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Nicht aufgebrauchte Antibiotika kann man für später aufbewahren oder an andere Personen weitergeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Befragung von Eltern minderjähriger Patienten mit akuten Atemwegsinfektionen im Rahmen des RESIST Projekts

C. Allgemeine Angaben zu Ihrer Person

28. Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert?	
<input type="checkbox"/>	AOK
<input type="checkbox"/>	Ersatzkrankenkasse (Barmer GEK, Techniker Krankenkasse, DAK Gesundheit, HKK, Kaufmännische KK, Hanseatische KK)
<input type="checkbox"/>	Andere gesetzliche Krankenkasse (z. B. Betriebskrankenkasse)
<input type="checkbox"/>	Private Krankenkasse

29. Ihr Geschlecht: weiblich männlich

30. Das Geschlecht Ihres Kindes weiblich männlich

31. Ihr Alter _____ Jahre

32. Das Alter Ihres Kindes _____ Jahre

33. Welches ist Ihre derzeitige Erwerbssituation?	
<input type="checkbox"/>	Erwerbstätig
<input type="checkbox"/>	Nicht erwerbstätig

34. Welches ist Ihre Muttersprache (Sprache, die zuhause gesprochen wird)?	
<input type="checkbox"/>	Deutsch
<input type="checkbox"/>	Türkisch
<input type="checkbox"/>	Russisch
<input type="checkbox"/>	Arabisch
<input type="checkbox"/>	Eine andere Sprache, und zwar

35. Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?	
<input type="checkbox"/>	Noch kein Schulabschluss (Schüler/in)
<input type="checkbox"/>	Ich habe die Schule ohne Abschluss verlassen
<input type="checkbox"/>	Hauptschulabschluss / Volksschulabschluss / Abschluss Polytech. Oberschule DDR (8./9.Klasse)
<input type="checkbox"/>	Realschulabschluss (Mittlere Reife) / Abschluss Polytech. Oberschule DDR (10. Klasse)
<input type="checkbox"/>	Fachhochschulreife / Abschluss einer Fachoberschule, Meister-, Technikerschule
<input type="checkbox"/>	Abitur / Hochschulreife
<input type="checkbox"/>	Anderes

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Befragung!

Bitte werfen Sie den Fragebogen direkt in die bereitgestellte, versiegelte Sammelbox ein. Die Box wird ungeöffnet zur Auswertung der Befragungsergebnisse an das Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock gesendet.

Praxisname Adresse automatisiert eingetragen
--