

CASE REPORT FORM

Evaluation des interdisziplinären

JUMBO *Kids* -Programms

Eingangsfragebogen Eltern

Zentrum-ID:

Teilnehmer-ID:

ID - Nummern der JumboKids-Zentren:

B = Backnang

FDS = Freudenstadt

H = Herrenberg

PF = Pforzheim

SCH = Schramberg

S = Stuttgart

R = Rottenburg a. Neckar

Kontakt Evaluationsleitung:

Kim Stäublin (Geschäftsführerin)

Römerweg 40

71083 Herrenberg

Tel.: 0 70 32 - 91 96 65

Mobil: 01 72 - 7 17 23 12

E-Mail: evaluation@jumbokids.de

Case Report Form



Zentrum-ID

Teilnehmer-ID

--	--

Tag

Monat

Jahr

Datum:

--	--	--	--	--	--	--	--

Monat

Datum:

--	--	--	--	--	--	--	--

Allgemeine Fragen

Wer beantwortet diesen Fragebogen? (bitte nur eine Antwort ankreuzen)

- Mutter
- Vater
- Stiefmutter/ Partnerin des Vaters
- Stiefvater/ Partner der Mutter
- Sonstige. Wer? _____

Wie alt ist die Mutter/ der Vater des Kindes?

Mutter: _____ Jahre

Vater: _____ Jahre

Körpergröße und Körpergewicht von Mutter und Vater des Kindes?

Mutter: _____ Zentimeter (cm)

Vater: _____ Zentimeter (cm)

_____ Kilogramm (kg)

_____ Kilogramm (kg)

Erlerner Beruf und ausgeübter Beruf von Mutter und Vater?

Mutter

Vater

Erlerner Beruf: _____

Erlerner Beruf: _____

Zurzeit ausgeübt: _____

Zurzeit ausgeübt: _____

Welchen Schulabschluss haben Sie?

Mutter

Vater

Hauptschulabschluss

Realschulabschluss

Fachhochschulreife

Abitur

Anderer Schulabschluss

Case Report Form



Zentrum-ID

Teilnehmer-ID

--	--

Tag

Monat

Jahr

Datum:

--	--

--	--

--	--	--	--

Familienstand:

	Mutter	Vater
Ledig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verheiratet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Getrennt lebend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwitwet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wieder verheiratet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledig und mit Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschieden und mit neuem Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Getrennt lebend und mit neuem Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwitwet und mit neuem Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Risikoerkrankungen:

	Mutter	Vater
Keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (hohe Zuckerwerte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt/ Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Liegt/ Lag in Ihrer Familie (Geschwister, Eltern) eine Fettstoffwechselstörung oder Herzerkrankung vor?

	Mutter	Vater
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, bei welchem Familienmitglied? _____

Wurde bei Ihnen schon der Cholesterinwert bestimmt?

	Mutter	Vater
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, bitte geben Sie uns den Wert an: _____ mg/dl

Case Report Form



Zentrum-ID

Teilnehmer-ID

--	--

Tag

Monat

Jahr

Datum:

--	--	--	--	--	--	--	--

Wenn Sie übergewichtig sind, haben Sie schon „Diäten“ durchgeführt?

	Mutter	Vater
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche Diäten und wie häufig?

Mutter: _____

Vater: _____

Haben Sie durch die „Diäten“ langfristig Ihr Körpergewicht gehalten?

	Mutter	Vater
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Mutter: _____

Vater: _____

Rauchen Sie?

	Mutter	Vater
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?

	Mutter	Vater
Bis 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bis 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bis 20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr als 20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trinken Sie Alkohol?

	Mutter	Vater
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, wie häufig?

	Mutter	Vater
1-2 mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4 mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nur bei besonderen Anlässen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Case Report Form



Zentrum-ID

Teilnehmer-ID

--	--

Tag

Monat

Jahr

Datum:

--	--

--	--

--	--	--	--

Haben oder hatten Sie jemals eine psychische Erkrankung (z.B. Depression, Angststörung, Panikattacken)?

	Mutter	Vater
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei wem lebt Ihr Kind hauptsächlich? (Bitte nur eine Antwort)

Leiblichen Eltern	<input type="checkbox"/>
Mutter und ihrem Partner	<input type="checkbox"/>
Vater und seiner Partnerin	<input type="checkbox"/>
Mutter	<input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>
Großeltern oder anderen Verwandten	<input type="checkbox"/>
Pflegeeltern/ Adoptiveltern	<input type="checkbox"/>
In einem Heim	<input type="checkbox"/>

Wie viele Kinder und Jugendliche (unter 18 Jahren) leben in Ihrem Haushalt (das befragte Kind eingeschlossen)?

Wie hoch ist das durchschnittliche monatliche Haushaltseinkommen, d.h. das Nettoeinkommen, das alle Haushaltsmitglieder zusammen nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben haben? (einschließlich Kindergeld und Erziehungsgeld)

Unter 500€	<input type="checkbox"/>
500 bis 749€	<input type="checkbox"/>
750 bis 999€	<input type="checkbox"/>
1000 bis 1249€	<input type="checkbox"/>
1250 bis 1499€	<input type="checkbox"/>
1500 bis 1749€	<input type="checkbox"/>
1750 bis 1999€	<input type="checkbox"/>
2000 bis 2249€	<input type="checkbox"/>
2250 bis 2499€	<input type="checkbox"/>
2500 bis 2999€	<input type="checkbox"/>
3000 bis 3999€	<input type="checkbox"/>
4000 bis 5000€	<input type="checkbox"/>
Über 5000€	<input type="checkbox"/>

Case Report Form



Zentrum-ID

Teilnehmer-ID

--	--

Tag

Monat

Jahr

Datum:

--	--

--	--

--	--	--	--

Fragen zu Ihrem Kind

Wenn Sie an den Zeitpunkt zurückdenken, an dem Sie von der Schwangerschaft mit Ihrem Kind erfahren haben, war die Schwangerschaft...

- ... geplant und erwünscht.
- ... ungeplant, aber erwünscht.
- ... unerwünscht.

Wie würden Sie Ihr Kind eher einstufen?

- „Guter Esser“
- „Bewegungsarm (Sitzer)“

Sind Sie der Ansicht, dass Ihr Kind ...

- ... viel zu dünn ist?
- ... ein bisschen zu dünn ist?
- ... genau das richtige Gewicht hat?
- ... ein bisschen zu dick ist?
- ... viel zu dick ist?

Wie würden Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben?

- Ausgezeichnet
- Sehr gut
- Gut
- Weniger gut
- Schlecht

Wer hat die Therapie/ Behandlung Ihres Kindes initiiert?

- Eltern
- Der behandelnde Arzt
- Das Kind selber
- Sonstige Personen

Case Report Form



Zentrum-ID

Teilnehmer-ID

--	--

Tag

Monat

Jahr

Datum:

--	--

--	--

--	--	--	--

Was haben Sie schon gegen das Übergewicht Ihres Kindes unternommen?

Sind Geschwister des Kindes auch übergewichtig?

 Ja Nein

Beschreiben Sie bitte den Grund (die Gründe), warum Ihr Kind übergewichtig ist. Gibt es Zusammenhänge wie Umzug, Trennung von einem Elternteil, Krankheit, Geschwisterchen bekommen, Schulwechsel, ...)?

Spielt das Thema „Ernährung, Diäten, Kalorien, ...“ in Ihrem Familienleben eine große Rolle? Sprechen Sie viel über Ernährung? Z.B. beim Mittagessen: „Ess dein Teller auf“, „Schling nicht so“, „Iss langsam“, „Willst du mal so werden wie ich?“, ...

Bewegt sich Ihr Kind viel an der frischen Luft (auch bei „schlechtem“ Wetter)?

Beinahe täglich

Häufig

Gelegentlich

Selten

Wie nutzt Ihr Kind seine Freizeit vorwiegend?

Hauptsächlich sitzend (Lesen, Fernsehen, Computer, ...)

Hauptsächlich draußen (Radfahren, Schwimmen, Sportverein, ...)

Wie temperamentvoll ist Ihr Kind?

Eher ruhig

Eher quirlig, ausgelassen

Case Report Form



Zentrum-ID

Teilnehmer-ID

--	--

Tag

Monat

Jahr

Datum:

--	--	--	--	--	--	--	--

Fühlt sich Ihr Kind durch sein (Über-) Gewicht beeinträchtigt bzw. benachteiligt?

	Ja	Nein
Beim Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Schulleistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Kontakt zu anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	_____	

Ihr Essverhalten und Ihre körperliche Aktivität

Haben Sie sich bereits über eine gesunde Ernährung informiert?

Ja Nein

Falls ja, bei wem oder wie?

Bei Freunden/ Bekannten	<input type="checkbox"/>
Bei einem Arzt	<input type="checkbox"/>
Bei einem/r Ernährungsberater/in	<input type="checkbox"/>
In einer Vortragsveranstaltung	<input type="checkbox"/>
Im Fernsehen	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>

Wie schätzen Sie Ihre Ernährung ein?

Ausgewogen	<input type="checkbox"/>
Regelmäßig	<input type="checkbox"/>
Unausgewogen	<input type="checkbox"/>
Unregelmäßig	<input type="checkbox"/>
Einseitig	<input type="checkbox"/>

Möchten Sie Ihre Ernährungsgewohnheiten ändern?

Ja Nein

Falls ja, was möchten Sie ändern?

Case Report Form



Zentrum-ID

Teilnehmer-ID

--	--

Tag

Monat

Jahr

Datum:

--	--

--	--

--	--	--	--

Wie viele der folgenden Knabbereien befinden sich üblicherweise bei Ihnen zu Hause?

Salzbrezeln/-stangen, Käsestangen, Kartoffelchips, Erdnussflips, Nachos, Cracker, Popcorn, Sonnenblumenkerne, Erdnüsse, Mandeln, Pistazien, Studentenfutter, sonstige Nüsse

verschiedene Sorten

Wie viele der folgenden Süßigkeiten befinden sich üblicherweise bei Ihnen zu Hause?

Schokolade, Schokoriegel, Negerküsse, Nussnougatcreme, Bonbons, Gummibärchen, Fruchtgummis, Waffeln, Kekse, Sonstige

verschiedene Sorten

Wie viele der folgenden zuckerhaltigen Getränke befinden sich üblicherweise bei Ihnen zu Hause?

Cola, Limonade (Fanta, Sprite, etc.), Fruchtsaftgetränke, süßer Eistee, Sonstige

verschiedene Sorten

Wie viele verschiedene Arten von Kuchen befinden sich üblicherweise bei Ihnen zu Hause?

verschiedene Sorten

Wie viel verschiedene Arten von Eiscreme und Wassereis bzw. Eis am Stiel befinden sich üblicherweise bei Ihnen zu Hause?

verschiedene Sorten

Kommen bei Ihnen am Wochenende weitere von den bisher aufgeführten Nahrungsmitteln hinzu?

Ja

Nein

Die Knabbereien und Süßigkeiten werden bei Ihnen zu Hause üblicherweise ...

... in einem Versteck aufbewahrt?

... zugänglich, aber nicht sichtbar aufbewahrt?

... greifbar ausgelegt?

Case Report Form



Zentrum-ID

Teilnehmer-ID

--	--

Tag

Monat

Jahr

Datum:

--	--

--	--

--	--	--	--

Treiben Sie (Mutter und Vater) regelmäßig Sport?

Ja

Nein

Falls ja, welche Sportart und wie häufig?

_____ x pro Woche

Wie sind Sie auf das Programm „JumboKids“ aufmerksam geworden?

Durch den Kinderarzt

Durch die Zeitung

Aufgrund eines Infoabends

Durch Bekannte

Sonstiges:

**Vielen Dank,
dass Sie sich die Zeit genommen haben
den Fragebogen auszufüllen!!!**