

Erhebungsbogen zur Versorgung und Betreuung von gehandicapten Kindern und Jugendlichen

Für Ihre Kinder und Jugendlichen mit Handicap tun Sie als Eltern alles und gehen dabei oft an Ihre Grenzen.

Bitte unterstützen Sie unsere Befragung, auch wenn Ihr Alltag stressig ist und die Zeit dazu viel zu knapp.

Unser Ziel ist es, mit Ihren Antworten Projekte zur Verbesserung der Versorgung und der Betreuung unserer besonderen Kinder und Jugendlichen zu entwickeln. Dazu müssen wir wissen, was Sie brauchen und was in der Versorgung für Ihr Kind noch fehlt. Diese Befragung ist anonym und kann in der Einrichtung der Ausgabe abgegeben werden. Wenn Sie eine Rückmeldung zu den Ergebnissen dieser Umfrage wünschen, füllen Sie den Kontaktbogen am Ende aus und geben ihn mit ab oder senden uns diesen separat zu. Die Auswertungen können Sie als Update auf der Homepage www.strelakids.de einsehen. Vielen Dank.

1. ALLGEMEINE ANGABEN

PLZ: _____

Wie alt ist Ihr Kind?

0-2 Jahre 3-5 Jahre 6-8 Jahre 9-11 Jahre 12-14 Jahre 15-18 Jahre

Lebt Ihr Kind bei Ihnen in der Häuslichkeit?

Ja Nein

Gibt es Geschwisterkinder?

Nein Ja, 1 Ja, 2 Ja, 3 Ja, mehr als 3

Sind Sie alleinerziehend?

Ja Nein als Mutter als Vater

Sind Sie berufstätig?

Ja (Mutter) Nein (Mutter) Ja (Vater) Nein (Vater)

Haben Sie ausreichende Unterstützung bei der Versorgung Ihres Kindes?

Ja Nein

Hat Ihr Kind Schlafstörungen?

Ja Nein



Ambulanter Kinderhospizdienst
Leuchtturm



Erhebungsbogen zur Versorgung und Betreuung von gehandicapten Kindern und Jugendlichen

Bei Ja, bekommen Sie trotzdem genug Schlaf?

Ja Nein

Können Sie für sich persönlich Erholungsphasen in Anspruch nehmen?

Ja Nein

Wenn Nein, warum nicht?

Würden Sie Unterstützung zur Entlastung annehmen?

Ja Nein

Wenn Ja, welche Unterstützung wäre für Sie passend?

2. ANGABEN ZUR PFLEGE

Hat Ihr Kind einen Pflegegrad?

Ja Nein (Bei Nein, weiter mit Abschnitt 3 - Angaben zur Betreuung)

Pflegegrad: 0 1 2 3 4 5 Diese Frage möchte ich nicht beantworten

Kennen Sie die Verhinderungspflege der Pflegekasse?

Ja Nein

Kennen Sie die zusätzlichen Betreuungsleistungen der Pflegekasse?

Ja Nein



Ambulanter Kinderhospizdienst
Leuchtturm



Erhebungsbogen zur Versorgung und Betreuung von gehandicapten Kindern und Jugendlichen

Bezieht Ihr Kind die zusätzlichen Betreuungsleistungen der Pflegekasse?

Ja Nein

Können Sie das zusätzliche Betreuungsgeld Ihren Bedürfnissen angepasst verwenden?

Ja Nein

Wenn Nein, wofür möchten Sie das Geld verwenden?

Wird Ihr Kind von einem ambulanten Pflegedienst betreut?

Ja, für das 1/4 jährliche Beratungsgespräch Ja, für Pflegeleistungen am Kind
 Ja, für Familienentlastende Dienste (z.B. Kurzzeitpflege/Haushaltsreinigung)
 Nein

Sind Sie mit der Betreuung durch den Pflegedienst zufrieden?

Ja Nein

Wenn Nein, was fehlt?

Ist die Pflege durch den Pflegedienst kindgerecht und der Einschränkung angemessen?

Ja Nein

Wenn Nein, was fehlt?

Hier können Sie Ihren Pflegedienst eintragen, wenn Sie ihn gerne weiterempfehlen
möchten: _____



Erhebungsbogen zur Versorgung und Betreuung von gehandicapten Kindern und Jugendlichen

3. ANGABEN ZUR BETREUUNG

Ist Ihr Kind tagsüber in einer Einrichtung untergebracht?

PLZ der Einrichtung: _____

Ja Kita Schule Pflegeeinrichtung Internat _____

Sonstiges _____ Nein

Ist die Betreuungszeit der Einrichtung für Sie ausreichend?

Ja Nein

Wenn Nein, wann benötigen Sie eine allgemeine und evtl. zusätzliche Betreuung für Ihr Kind?

Tag	Von	Bis	A - allgemein / Z - zusätzlich
Montag			
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			
Samstag			
Sonntag			

Bei Schulkindern: Ist die Ferienbetreuung für Ihr Kind abgedeckt?

Ja Nein

Wenn Nein, welches Angebot wünschen Sie sich? _____

Nehmen Sie für Ihr Kind einen Fahrdienst zur Einrichtung (Schule) in Anspruch?

Ja Nein dieses Angebot war mir nicht bekannt

Bei Nein, warum nicht? _____



Erhebungsbogen zur Versorgung und Betreuung von gehandicapten Kindern und Jugendlichen

4. THERAPIE UND FREIZEIT

Welche Therapien benötigt Ihr Kind?

Ergotherapie Logopädie Physiotherapie

Wieviel Zeit wenden Sie für Therapien außerhalb der Einrichtung, in der Woche auf?

1 Stunde 2 Stunden 3 Stunden mehr als 3 Stunden

Nehmen Sie für Ihr Kind Frühförderung in Anspruch?

Ja Nein

Wären Sie bereit, für eine fachlich kompetente Betreuung Ihres Kindes und zur entlastenden Unterstützung für Sie, die Gelder der Verhinderungspflege und/oder des zusätzlichen Betreuungsgeldes der Pflegekassen einzusetzen?

Ja Nein

5. BEHÖRDEN / ÄMTER / KRANKENKASSEN

Sind Sie mit der Beratung durch Behörden, Ämtern und Krankenkasse zufrieden?

Ja Nein

Fühlen Sie sich, in Bezug auf Behörden, Ämtern und Krankenkassen im Stich gelassen?

Ja Nein ich weiß nicht

Haben Sie schon mal Beratungen vom Pflegestützpunkt des Landkreises Vorpommern-Rügen/ Vorpommern-Greifswald in Anspruch genommen?

Ja Nein kenne ich nicht

Konnte man Ihnen dort weiterhelfen?

Ja Nein

Wenn Nein, möchten Sie uns das Problem schildern? -----



Erhebungsbogen zur Versorgung und Betreuung von gehandicapten Kindern und Jugendlichen

6. ENGAGEMENT

Gibt es in der Einrichtung, die Ihr Kind besucht, einen Förderverein, der sich für die Belange der besonderen Kinder und Jugendliche engagiert?

Ja Nein weiß ich nicht

Möchten und/oder würden Sie so einem Verein durch Ihre Mitgliedschaft und/ oder Mitarbeit unterstützen?

Ja Nein

Was sollte, Ihrer Meinung nach, für die Kinder und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen, in Ihrer Stadt/ Ihrem Landkreis getan werden oder entstehen?



Erhebungsbogen zur Versorgung und Betreuung von gehandicapten Kindern und Jugendlichen

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihre wertvolle Zeit.
Gern möchten wir Sie über unsere Ideen und Projekte auch nach unserer
Befragung auf dem Laufenden halten.

Wenn Sie dies wünschen, bitten wir Sie uns nachfolgende
Kontakt Daten anzugeben:

Name: -----

Name des Kindes/Jugendlichen: -----

Kontakt wird gewünscht über:

Mail: -----

Telefon: -----

Post: -----

Ort/ Datum

Unterschrift

