



# Ampel für Gesundheit und Wohlergehen



Swiss Academy of Childhood Disability  
Schweizerische Akademie für Kinder mit Behinderungen  
Académie Suisse du Handicap de l'Enfant  
Accademia Svizzera della Disabilità dell'Infanzia  
Accademia Svizzera per Uffants cun Impediment

Name	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>	Datum heute	<input type="text"/>
------	----------------------	--------------	----------------------	-------------	----------------------

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen.

Ihre Antworten zeigen uns, was im Moment gut geht und wo Sie Probleme haben.

Was geht im Moment gut? Was kann Ihr Kind schon besser?

Was hilft Ihnen und Ihrem Kind, besser am Alltag teilzunehmen? Wie können Sie mehr Freude am Leben haben?

Wo haben Sie Probleme? Haben Sie Fragen?



# Ampel für Gesundheit und Wohlergehen



Swiss Academy of Childhood Disability  
Schweizerische Akademie für Kinder mit Behinderungen  
Académie Suisse du Handicap de l'Enfant  
Accademia Svizzera della Disabilità dell'Infanzia  
Accademia Svizzera per Uffants cun Impediment

Name		Geburtsdatum		Datum heute	
------	--	--------------	--	-------------	--

Wir arbeiten mit den Farben der Ampel.

Grün, gelb und rot stehen für: keine Probleme, wenig Probleme, grosse Probleme.

Bitte kreuzen Sie an, was am besten für Sie passt. Wenn etwas für Sie nicht wichtig ist, können Sie es weglassen.

- Keine Probleme** Sie und Ihr Kind können normal am Leben und am Alltag teilnehmen.
- Wenig Probleme** Einige Dinge hindern Sie und Ihr Kind **manchmal** daran, am Leben und am Alltag teilzunehmen.
- Grosse Probleme** Viele Dinge hindern Sie und Ihr Kind **oft** daran, am Leben und am Alltag teilzunehmen.

	Keine Probleme	Wenig Probleme	Grosse Probleme
Wie geht es Ihrem Kind ganz allgemein?			
Wie ist die Atmung?			
Ist Ihr Kind oft erkältet? Hat es oft Husten?			
Hat Ihr Kind Schmerzen?			
Hat Ihr Kind epileptische Anfälle? Weiss es manchmal nicht, was passiert ist?			
Kann Ihr Kind gut essen, trinken, schlucken?			
Verliert Ihr Kind viel Spucke (Speichel)?			
Muss Ihr Kind erbrechen?			
Hat es saures Aufstossen (Reflux)? Riecht es sauer aus dem Mund?			
Wie ist die Verdauung, ist Ihr Kind oft verstopft oder hat es Durchfall?			
Kommen oft kleine Mengen von Kot (Stuhl)?			
Verliert Ihr Kind tagsüber Urin (Inkontinenz) oder kommt zu spät zur Toilette?			
Verliert Ihr Kind in der Nacht Urin (Bettnässen)?			
Hat Ihr Kind Probleme bei der Menstruation?			
Hat Ihr Kind Probleme im Umgang mit Sexualität?			
Hat Ihr Kind Probleme mit der Nase, den Ohren, dem Hals?			
Hat Ihr Kind Probleme mit der Haut?			
Hat Ihr Kind zu wenig Gewicht?			
Hat Ihr Kind zu viel Gewicht?			
Kann sich Ihr Kind gut bewegen?			
Kann Ihr Kind die Hände gut gebrauchen?			
Kann sich Ihr Kind selber waschen, anziehen, aufs WC gehen, selber essen?			
Sieht Ihr Kind gut?			
Hört Ihr Kind gut?			
Kann Ihr Kind gut sprechen? Kann es sich gut mitteilen?			
Hat Ihr Kind Freunde? Hat es Kontakt zu anderen Menschen?			
Zeigt Ihr Kind störendes Verhalten, zum Beispiel Aggressionen?			
Hat Ihr Kind störende Gefühle, zum Beispiel starke Angst oder ist es oft traurig?			
Verletzt sich Ihr Kind selbst?			
Ist Ihr Kind sehr empfindlich auf etwas, zum Beispiel Geräusche oder Licht?			
Isst Ihr Kind ungewöhnliche Dinge wie Erde oder Metall?			
Kann Ihr Kind gut lernen?			
Kann Ihr Kind gut schlafen?			
Gibt es Probleme in Ihrer Familie?			
Gibt es Probleme in der Schule?			
Bekommen Sie die richtigen Hilfsmittel, zum Beispiel einen Rollstuhl?			
Gibt es Probleme mit Ihrer Wohn-Situation, zum Beispiel mit Ihrer Wohnung?			
Haben Sie genug Angebote für die Freizeit, bei denen Sie mitmachen können?			
Bekommen Sie genug Unterstützung?			
Haben Sie genug Informationen über Unterstützung?			
Haben Sie genug Informationen über die Krankheit von Ihrem Kind?			
Haben Sie genug Informationen über die Versicherung?			
Anderes:			