

Manche Eltern anfallskranker Kinder berichten von Befürchtungen und Ängsten im Zusammenhang mit der Epilepsie ihrer Kinder.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, ob Sie folgende Befürchtungen oder Ängste haben!

(Bitte nur ein Kreuz pro Zeile!)

	überhaupt nicht	ein bisschen	mittel	stark	sehr stark
1. Ich habe Angst davor, dass mein Kind einen Anfall bekommt, wenn ich gerade mit ihm unterwegs bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe Angst, dass meinem Kind etwas passieren könnte, wenn es von anderen Menschen betreut wird (Schule, Sportverein, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich befürchte, dass mein Kind Anfälle in Gegenwart anderer Menschen bekommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich habe Angst, dass mein Kind jederzeit einen Anfall bekommen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich befürchte, dass mein Kind wegen seiner Anfälle ein Leben lang auf Betreuung angewiesen sein wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich habe Angst, dass mein Kind wegen seiner Anfälle von anderen Kindern gemieden oder zurückgewiesen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich befürchte, dass die Anfälle auf Dauer zu einer Hirnschädigung bei meinem Kind führen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich befürchte, dass die Medikamente gegen Anfälle sich auf Dauer ungünstig auf die geistige Entwicklung meines Kindes auswirken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich befürchte, dass mein Kind sein Leben lang Medikamente gegen Anfälle einnehmen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich habe Angst, dass mein Kind während eines Anfalls sterben könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich habe Angst davor, dass die Medikamente gegen Anfälle auf Dauer dem Körper meines Kindes schaden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich habe Angst davor, dass mein Kind während eines Anfalls einen Atemstillstand bekommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich befürchte, dass mein Kind während eines Anfalls etwas Schreckliches erlebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich habe Angst, dass mein Kind sein Leben lang Anfälle bekommen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich habe Angst, dass die Anfälle bei meinem Kind schlimmer werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich befürchte, dass sich mein Kind während eines Anfalls schwer verletzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich habe Angst, dass die Anfälle das weitere Leben meines Kindes ungünstig beeinflussen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>