

ONLINE ONLY

Supplemental material

Validation of the German version of the 24-Item Early-Onset Scoliosis Questionnaire

Mladenov et al.

<https://thejns.org/doi/abs/10.3171/2019.1.PEDS18704>

DISCLAIMER The *Journal of Neurosurgery* acknowledges that the following section is published verbatim as submitted by the authors and did not go through either the *Journal's* peer-review or editing process.

Evaluierungsbogen Skoliose

Ausgefüllt am: _____ **vom:** _____
 (Datum) (Beziehung zum Kind: z.B. Mutter, Vater, Betreuer;-in)

Sehr geehrte Eltern und Betreuer, um den Zustand Ihres Kindes besser einschätzen zu können, bitten wir Sie die folgenden Fragen sorgfältig zu lesen und das zutreffende einzukreisen. Wir möchten Sie vergewissern, dass Ihre Angaben vertraulich behandelt werden.

Allgemeiner Gesundheitszustand: in den vergangenen 4 Wochen				
1. Wie würden Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes beschreiben?				
schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut	ausgezeichnet
2. Wie oft war Ihr Kind krank?				
immer	meistens	manchmal	selten	nie

Schmerzen/Unwohlsein: in den vergangenen 4 Wochen				
3. Wie oft hatte Ihr Kind Schmerzen oder hat sich nicht wohl gefühlt?				
immer	meistens	manchmal	selten	nie
4. Wie stark waren die Schmerzen bzw. die Beschwerden?				
sehr stark	stark	mittel	leicht	keine Schmerzen

Atemfunktion: in den vergangenen 4 Wochen				
5. Wie schwierig war es für Ihr Kind altersentsprechend zu weinen / lautieren / sprechen ohne dabei kurzatmig zu werden?				
schwierig	eher schwierig	nicht so schwierig	eher einfach	einfach
6. Wie oft war Ihr Kind während körperlicher Belastung kurzatmig?				
immer	meistens	manchmal	selten	nie

Mobilität: in den vergangenen 4 Wochen				
7. Wie oft war Ihr Kind in seiner Mobilität eingeschränkt?				
immer	meistens	manchmal	selten	nie

Körperfunktion: in den vergangenen 4 Wochen				
8. Wie schwierig war es für Ihr Kind selbstständig den Oberkörper zu bewegen?				
schwierig	eher schwierig	nicht so schwierig	eher einfach	einfach
9. Wie schwierig war es für Ihr Kind ohne Unterstützung zu sitzen?				
schwierig	eher schwierig	nicht so schwierig	eher einfach	einfach
10. Wie schwierig war es für Ihr Kind beim Krabbeln / Gehen / Laufen das Gleichgewicht zu halten?				
schwierig	eher schwierig	nicht so schwierig	eher einfach	einfach

Alltagsleben: in den vergangenen 4 Wochen				
11. Wie schwierig war es für Ihr Kind sich alleine anziehen oder beim Anziehen zu helfen? (z.B.: Arme durch Ärmel schieben, Beine durch Hose schieben, Knöpfe auf-/zumachen)				
schwierig	eher schwierig	nicht so schwierig	eher einfach	einfach
12. Wie einverstanden sind Sie mit der Aussage? „Mein Kind braucht mehr Zeit als ein gesundes Kind, um die gleiche Essensmenge zu sich zu nehmen.“				
sehr einverstanden	eher einverstanden	weder noch	eher nicht einverstanden	überhaupt nicht einverstanden

Müdigkeit/Ausdauer: in den vergangenen 4 Wochen				
13. Wie oft war Ihr Kind müde?				
immer	meistens	manchmal	selten	nie
14. Wie schwierig war es für Ihr Kind seine Energie den ganzen Tag zu behalten?				
schwierig	eher schwierig	nicht so schwierig	eher einfach	einfach

Emotionale Entwicklung: in den vergangenen 4 Wochen				
15. Wie oft war Ihr Kind aufgrund seiner gesundheitlichen Situation ängstlich oder nervös?				
immer	meistens	manchmal	selten	nie
16. Wie oft war Ihr Kind aufgrund seiner gesundheitlichen Situation frustriert?				
immer	meistens	manchmal	selten	nie

Belastung für die Eltern: in den vergangenen 4 Wochen				
17. Wie oft waren Sie aufgrund der gesundheitlichen Situation Ihres Kindes ängstlich oder nervös?				
immer	meistens	manchmal	selten	nie
18. Wie oft hat der Gesundheitszustand Ihres Kindes Familieaktivitäten gestört?				
immer	meistens	manchmal	selten	nie
19. Wieviel wurde Ihre eigene Leistungsfähigkeit durch die Gesundheitliche Situation Ihres Kindes beeinträchtigt?				
sehr viel	viel	etwas	wenig	überhaupt nicht
20. Wie oft fehlten Sie wegen der gesundheitlichen Situation Ihres Kindes bei der Arbeit, kamen zu spät oder verzichteten auf andere Aktivitäten?				
immer	meistens	manchmal	selten	nie
21. Haben Sie trotz der gesundheitlichen Situation Ihres Kindes genug Zeit mit Ihrer Familie / Ihrem Lebenspartner oder Ehepartner verbracht?				
nie	selten	manchmal	meistens	immer

Finanzielle Auswirkung: in den vergangenen 4 Wochen				
22. Wurden Sie durch die Diagnose „Skoliose“ bei Ihrem Kind finanziell belastet?				
extrem belastet	sehr belastet	moderat belastet	wenig belastet	überhaupt nicht belastet

Zufriedenheit: in den vergangenen 4 Wochen				
23. Wie zufrieden ist Ihr Kind mit seiner Fähigkeit, selbständig etwas zu machen?				
sehr unzufrieden	unzufrieden	weder noch	zufrieden	sehr zufrieden
24. Wie zufrieden sind Sie mit der Fähigkeit Ihres Kindes, selbstständig etwas zu machen?				
sehr unzufrieden	unzufrieden	weder noch	zufrieden	sehr zufrieden

Besonderheiten, Kommentare :

Vielen Dank!