CoKi Registerfragen zur Mund-Nasen-Bedeckung (Maske)

Bitte geben Sie Ihr Alter an: ____

Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

☐ kein Schul- oder Ausbildungsabschluss
☐ Hauptschulabschluss
☐ Realschulabschluss (Mittlere Reife, Fachoberschulreife, o.Ä.)
☐ Abitur (allgemeine Hochschulreife), fachgebundene Hochschulreife oder Fachhochschulreife
☐ Meister
☐ (Fach-) Hochschulabschluss (Bachelor, Master, Magister, Diplom, Staatsexamen, Promotion)

Wie viele Kinder haben Sie? ____

Bitte geben Sie Alter des Kindes an über das Sie berichten: ____

Bitte geben Sie das Geschlecht des Kindes an:

☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Hat Ihr Kind Vorerkrankungen?

☐ Keine Vorerkrankungen
☐ Asthma
☐ Andere Lungenerkrankungen
☐ Andere Vorerkrankung(en): _____

Das Kind trägt die Maske in folgenden Situationen: (Sie können mehrere Antworten wählen)

☐ Schulweg
☐ In der Schule außerhalb der Klasse (Gang, Pausenhof)
☐ In der Schule in der Klasse
☐ Kindergarten
☐ In Geschäften
☐ Nie
☐ Hat eine Maskenbefreiung/ein Attest
☐ Sonstiges: _____

Ungefähre Tragedauer der Maske an einem durchschnittlichen Tag: (bitte in Stunden und Minuten angeben, z.B. 2:40) _____

Welche Art Maske trägt Ihr Kind am häufigsten? (bitte nur eine Antwort wählen)

☐ Stoffmaske
☐ OP-Maske
☐ FFP-Maske
☐ Sonstige: _____

Klagt das Kind über Beeinträchtigungen durch das Tragen der Maske? ☐ Ja ☐ Nein

Bemerken Sie eine Beeinträchtigung des Kindes durch das Tragen der Maske? ☐ Ja ☐ Nein

Beobachtete Symptome beim Kind nach längerem Tragen der Maske: (Sie können mehrere Antworten wählen)

☐ Keine
☐ Kopfschmerzen
☐ Augenflimmern
☐ Jucken in der Nase
☐ Gefühl der Atemnot
☐ Engegefühl unter der Maske
☐ Rauschen in den Ohren
☐ Schwindel
☐ Beeinträchtigung beim Lernen
☐ Trockener Hals
☐ Benommenheit/Müdigkeit
☐ Konzentrationsschwierigkeiten
☐ Kurzzeitige Bewusstseinsbeeinträchtigung/ Ohnmachtsanfälle
☐ Beschleunigte Atmung
☐ Herzrasen, Herzstolpern, Herzstiche
☐ Engegefühl im Brustkorb
☐ Schwächegefühl
☐ Unwohlsein
☐ Krankheitsgefühl
☐ Appetitlosigkeit
☐ Bauchschmerzen
☐ Übelkeit
☐ Erbrechen
☐ Bewegungsunlust, Spielunlust
☐ Kraftlosigkeit

☐ Sonstige Symptome: _____

Die gesundheitliche Beeinträchtigung des Kindes durch die Maske… (bitte nur eine Antwort wählen)

☐ …war nicht vorhanden
☐ …war geringfügig
☐ …war mäßiggradig, aber tolerierbar
☐ …war schwerwiegend
☐ …erforderte einen Krankenhausaufenthalt

Weitere Auffälligkeiten im Verhalten des Kindes: (Sie können mehrere Antworten wählen)

☐ Keine weiteren Auffälligkeiten
☐ Das Kind spielt weniger
☐ Das Kind ist weniger fröhlich
☐ Das Kind ist häufiger gereizt als sonst
☐ Das Kind ist unruhiger als sonst
☐ Das Kind hat einen größeren Bewegungsdrang als sonst
☐ Das Kind schläft mehr als sonst
☐ Das Kind schläft schlechter als sonst

☐ Das Kind möchte nicht mehr zu Schule/Kindergarten gehen
☐ Das Kind hat neue Ängste entwickelt (bitte kurz beschreiben):

_____

Sonstige Beobachtungen:

_____
_____

Meine Einstellung zu den Corona-Schutzmaßnahmen der Regierung würde ich folgendermaßen beschreiben: (bitte nur eine Antwort wählen)

☐ Ich finde die Maßnahmen sollten strenger sein.
☐ Ich finde die Maßnahmen sollten milder sein.
☐ Ich finde die Maßnahmen angemessen und gut.
☐ Ich habe dazu keine Meinung.
☐ Sonstiges: _____

Bitte schildern Sie uns Ihre persönliche Einstellung zur Maskenpflicht:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Sie haben hier die Möglichkeit zwecks Kontaktaufnahme Ihren Namen und eine Emailadresse aufzuschreiben. Ihr Datensatz ist dann nicht mehr anonym. Ihre persönlichen Daten werden von uns weiterhin gemäß DSGVO vertraulich behandelt und weder veröffentlicht noch an Dritte weitergegeben. Wenn Sie zu uns Kontakt aufnehmen möchten, können Sie uns gerne eine Mail an silke.schwarz@uni-wh.de bzw. david.martin@uni-wh.de schreiben.

Vorname: _____

Name: _____

E-Mailadresse: _____

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Ihre Dr. med. Silke Schwarz und Prof. Dr. med. David Martin (Universität Witten/Herdecke)