



<http://www.riabilitazioneinfantile.eu>

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DELLA VITA DEL GENITORE

Compilato dal genitore []

Compilato dal professionista []

Cognome e nome del figlio Data di nascita.....

Data di compilazione

Risponda a queste semplici domande che le permetteranno di comprendere meglio il suo grado di benessere.

Facendo riferimento agli ultimi 3 mesi, esprima il suo pensiero.	Assolutamente Vero 1	2	3	4	5	6	Assolutamente falso 7	0 Non mi riguarda
In famiglia siamo spesso in disaccordo sull'educazione di nostro/a figlio/a.								
Mi preoccupa spesso di non riuscire ad affrontare le difficoltà che incontrerò in futuro								
Da quando è arrivato mio/a figlio/a io ed il/la mia partner facciamo meno cose assieme								
Ho poca fiducia che le cure che mio/a figlio/a riceve possano cambiare la sua condizione								
Fatico nell'occuparmi dei bisogni di mio/a figlio/a								
Ci sono cose di mio/a figlio/a che mi infastidiscono								
Mio/a figlio/a ha avuto molti più problemi di quanto mi aspettassi								
Non riesco a prendere da solo decisioni su mio/a figlio/a								
Mio/a figlio/a ha più esigenze degli altri bambini								
Da quando ho avuto mio/a figlio/a ho meno possibilità di vedere i miei amici e di fare nuove amicizie								
Totale							/ 70	