



## U10 - Elternfragebogen

Vorname des Kindes	Geburtsdatum
Name des Kindes	aktuelles Datum

**Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?**

Ja  Nein

Wenn nein, warum? Was ist Ihnen aufgefallen?

.....

.....

.....

**Gibt es Ereignisse, die die Entwicklung Ihres Kindes beeinträchtigen?**

Ja  Nein

.....

.....

.....

### Schule

Welche Schule besucht Ihr Kind?

.....

Welche Klasse?

.....

Geht es gern?

Ja  Nein .....

.....

Gibt es Schwierigkeiten?

Ja  Nein .....

.....

Noten .....

Mitschülern .....

Lehrern .....

Hat sich die Zusammensetzung Ihrer Familie geändert?

Ja  Nein .....

.....

Gibt es große Sorgen in der Familie?

Ja  Nein .....

.....

Name des Kindes	Geb.	aktuelles Datum
-----------------	------	-----------------

**Die nun folgenden Fragen beziehen sich auf den Zeitraum der letzten 6 Monate.**

**Fragen, die Sie nicht verstehen, oder nicht beantworten können, kennzeichnen Sie bitte mit einem Fragezeichen, damit wir das dann gemeinsam klären können.**

Mein Kind ...	Ja	Nein
1. hat Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. musste wegen Kopfschmerzen zum Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. leidet unter asthmatischen Beschwerden oder einer chronischen Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. will bei jeder Kleinigkeit den Arzt aufsuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. hat manchmal nervöse Zuckungen (z. B. Blinzel-, Zwinker-, Räuspertic)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. weigert sich meistens auch tagsüber, bei Freunden oder Verwandten zu bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. schläft nachts mit im Elternbett, obwohl ich das nicht gern sehe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. kann schlecht einschlafen (d.h. liegt mehr als 1 Stunde wach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. wacht häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen (liegt mind. 1 Std. wach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. stottert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. lispelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. hat mindestens 2x im letzten ½ Jahr das Bett oder die Hose nass gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. hat im letzten ½ Jahr mindestens einmal eingekotet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. hat meistens nur wenig Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ist extrem wählerisch beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. hat ständig Angst, dick zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. hat wegen seines Essverhaltens mind. 7kg abgenommen und ist untergewichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. hat mindestens 10 kg Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. wird wegen seines Übergewichtes gehänselt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ist die meiste Zeit aufsässig und ungehorsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ist aufsässiger und ungehorsamer als andere Kinder seines Alters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. wurde wegen seines/ihrer Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, einem Ausflug oder Landheimaufenthalt ausgeschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. schwänzt manchmal die Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. hat starke Angst davor zur Schule zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. streitet fast jeden Tag mit seinen/ihrer Geschwistern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. dabei kommt es auch zu ernsthaften Verletzungen, Quälereien oder Drohungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. wird von anderen Jugendlichen häufig geärgert, gehänselt, geprügelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. hat Angst vor anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. hat überhaupt keinen Kontakt zu Gleichaltrigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. prügelt sich häufig mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. dabei ist es auch mal zu ernsthaften Verletzungen gekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. wechselt häufig seine/ihre Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ist in der Schule leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ist bei den Hausaufgaben sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. ist bei Regelspielen (Karten-/Brettspiele) sehr ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. ist in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. ist bei den Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. ist bei Regelspielen (Karten-/Brettspiele) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. ist im Straßenverkehr sehr unüberlegt, vorschnell, unvorsichtig und riskant in seinem/ihrer Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. ist draußen beim Spielen sehr unüberlegt, vorschnell, unvorsichtig und riskant in seinem/ihrer Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. ist beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause sehr unüberlegt und vorschnell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. hat täglich einen Wutanfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name des Kindes	Geb.	aktuelles Datum
-----------------	------	-----------------

	Ja	Nein
43. ist überängstlich, macht sich viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben), wird dann manchmal vor lauter Aufregung „krank“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. mein Kind hat panische Angst vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. mein Kind hat panische Angst alleine zuhause zu bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. mein Kind hat panische Angst vor Blitz, Donner oder Dunkelheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. mein Kind hat panische Angst vor Blitz, Donner und Dunkelheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. mein Kind hat panische Angst vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. ist übertrieben ordentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. wäscht sich oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. kontrolliert bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach (z.B. dass Türen oder Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. kaut oder reißt so stark die Fingernägel, dass es häufiger zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise frei liegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. weigert sich oft mit fremden Erwachsenen zu sprechen, auch wenn es etwas gefragt wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. ist mindestens einmal pro Woche für mindestens drei Stunden traurig oder niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. war mind. 2 Wochen traurig oder niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. ist nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn er/sie traurig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. hat schon einmal ernsthaft gesagt, dass es sich umzubringen will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. hat schon gelegentlich geraucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. hat schon hin und wieder Alkohol getrunken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. macht uns Probleme, weil es so oft lügt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. hat zuhause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolleres ( Wert größer 30 € ) gestohlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. hat schon mindestens fünfmal weniger wertvolle Dinge entwendet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. hat schon einmal mit Absicht Dinge, die ihm/ihr nicht gehören, zerstört oder beschädigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. dabei ist ein Schaden von mindestens 30 Euro entstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. ist schon von zu Hause weggelaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Darüber hinaus machen uns bzw. mir folgende Probleme Sorgen:**

.....

.....

.....

**Danke!**