

Name des Kindes: _____ Alter: _____

ausgefüllt von: _____ am: _____

ANLEITUNG ZUM AUSFÜLLEN

Kreuzen Sie bitte an, ob die unten aufgeführten Probleme bei Ihrem Kind in den letzten 6 Monaten aufgetreten sind. Machen Sie bitte nur ein Kreuz in jeder Zeile, setzen Sie die Kreuze nur auf die Kästchen, nicht in die Zwischenräume und lassen Sie bitte keine Frage aus. Sollte Ihr Kind zurzeit Medikamente erhalten, die sein Verhalten verändern, beantworten Sie bitte die Fragen so, wie sich Ihr Kind verhält, wenn es keine Medikamente erhält.

Mein Kind ...	stimmt	stimmt nicht
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/chronischer 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 eine Std. wach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. wacht häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen – liegt mindestens eine Stunde 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 zweimal im letzten halben Jahr das Bett oder die Hose nass gemacht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. hat im letzten halben 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, zu dick zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. hat wegen seines Essverhaltens mindestens 7 kg 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 Übergewichts 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 Verhaltens schon mal vom Schulbesuch, 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 sich fast jeden Tag mit seinen 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 Kindern häufig geärgert, gehänselt oder 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"/>

➤ bitte wenden