

Name des Kindes	Geburtsdatum	aktuelles Datum

U10 Elternfragebogen

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
---	----	------

Wenn ja, welche und wann?

Gibt es Sorgen in der Familie? Hat sich die Familiensituation verändert?	Ja	Nein
--	----	------

Wenn ja, welche und was?

Name des Kindes	Geburtsdatum	aktuelles Datum

Schule

Welche Schule besucht ihr Kind?			
Welche Klasse?			
Geht es gerne in die Schule?	Ja	Nein	

Gibt es Schwierigkeiten/Probleme in der Schule?

Mit Mitschülern?	Ja	Nein
Mit Lehrern?	Ja	Nein

Wenn ja, welche Probleme belasten Ihr Kind oder Sie?

Welche Noten hat Ihr Kind, gibt es deshalb Schwierigkeiten?

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		
2. musste wegen Kopfschmerzen zum Arzt		
3. leidet unter asthmatischen Beschwerden oder einer chronischen Bronchitis		
4. will bei jeder Kleinigkeit den Arzt aufsuchen		
5. hat manchmal nervöse Zuckungen (z. B. Blinzel-, Zwinker-, Räuspertic)		
6. weigert sich auch tagsüber, bei Freunden oder Verwandten zu bleiben		
7. schläft nachts mit im Elternbett, obwohl ich das nicht gern sehe		
8. kann schlecht einschlafen (d.h. liegt mehr als 1 Stunde wach)		

Name des Kindes	Geburtsdatum	aktuelles Datum

9. wacht nachts auf und kann schlecht wieder einschlafen (liegt mind.1 Std. wach)		
10. stottert		
11. lispelt		
12. hat mindestens 2x im letzten ½ Jahr das Bett oder die Hose nass gemacht		
13. hat im letzten ½ Jahr mindestens einmal eingekotet		
14. hat meistens nur wenig Appetit		
15. ist extrem wählerisch beim Essen		
16. hat ständig Angst, dick zu werden		
17. hat wegen seines Essverhaltens mind.7kg abgenommen, ist untergewichtig		
18. hat mindestens 10 kg Übergewicht		
19. wird wegen seines Übergewichtes gehänselt		
20. ist die meiste Zeit aufsässig und ungehorsam		
21. ist aufsässiger und ungehorsamer als andere Kinder seines Alters		
22. wurde wegen seines/ihres Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, einem Ausflug oder Landheimaufenthalt ausgeschlossen		
23. schwänzt manchmal die Schule		
24. hat starke Angst davor zur Schule zu gehen		
25. streitet fast jeden Tag mit seinen/ihren Geschwistern		
26. dabei kommt es auch zu ernsthaften Verletzungen oder Drohungen		
27. wird von anderen Jugendlichen häufig geärgert, gehänselt, geprügelt		
28. hat Angst vor anderen Kindern		
29. hat keinen Kontakt zu Gleichaltrigen		
30. prügelt sich häufig mit anderen Kindern		
31. dabei ist es auch mal zu ernsthaften Verletzungen gekommen		
32. wechselt häufig seine/ihre Freunde		
33. ist in der Schule leicht ablenkbar und unkonzentriert		
34. ist bei den Hausaufgaben sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert		
35. ist bei Regelspielen (Karten-/Brettspiele) sehr ablenkbar und unkonzentriert		
36. ist in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen		
37. ist bei den Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen		

Name des Kindes	Geburtsdatum	aktuelles Datum

38. ist bei Regelspielen (Karten-/Brettspiele) unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen		
39. ist im Straßenverkehr sehr unüberlegt, vorschnell, unvorsichtig und riskant in seinem/ihren Verhalten		
40. ist draußen beim Spielen sehr unüberlegt, vorschnell, unvorsichtig und riskant in seinem/ihren Verhalten		
41. ist beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause unkonzentriert		
42. hat täglich einen Wutanfall		
43. ist überängstlich, macht sich viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben), wird dann manchmal vor lauter Aufregung „krank“		
44. mein Kind hat panische Angst vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten		
45. mein Kind hat panische Angst alleine zuhause zu bleiben		
46. Mein Kind hat panische Angst vor fremden Menschen (z. B bei einer Einladung)		
47. mein Kind hat panische Angst vor Blitz, Donner und Dunkelheit		
48. mein Kind hat panische Angst vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen		
49. ist übertrieben ordentlich		
50. wäscht sich oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind		
51. kontrolliert bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach (z.B. dass Türen oder Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist)		
52. kaut oder reißt so stark die Fingernägel, dass es häufiger zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise frei liegt		
53. weigert sich oft mit fremden Erwachsenen zu sprechen, auch wenn es etwas gefragt wird		
54. ist mindestens einmal pro Woche für mindestens drei Stunden traurig oder niedergeschlagen		
55. diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis		
56. war mind. 2 Wochen traurig oder niedergeschlagen		

Name des Kindes	Geburtsdatum	aktuelles Datum

57. ist nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn er/sie traurig ist		
58. hat schon einmal ernsthaft gesagt, dass es sich umzubringen will		
59. hat schon gelegentlich geraucht		
60. hat schon hin und wieder Alkohol getrunken		
61. macht uns Probleme, weil es so oft lügt		
62. hat zuhause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolleres gestohlen		
63. hat schon mindestens fünfmal weniger wertvolle Dinge entwendet		
64. hat schon einmal mit Absicht Dinge, die ihm/ihr nicht gehören, zerstört oder beschädigt		
65. ist schon von zu Hause weggelaufen		

Darüber hinaus mache ich mir Gedanken über:
