

U11 Fragebogen			
Name:			
Geburtsdatum:			
Zuerst haben wir ein paar Fragen - Sie entscheiden, welche Fragen Sie beantworten wollen.			
Gab es seit der U10 bei Ihrem Kind:			
	Ernste Erkrankungen?	Nein []	Ja []
	Krankenhausaufenthalte?	Nein []	Ja []
	Operationen?	Nein []	Ja []
	Schwere oder häufige Infekte?	Nein []	Ja []
	Allergien?	Nein []	Ja []
	Hört Ihr Kind manchmal schlecht?	Nein []	Ja []
	Hat Ihr Kind Probleme mit dem Sehen?	Nein []	Ja []
Welche Schule besucht Ihr Kind?			
Welche Klasse?			
	Gibt es in der Schule Probleme?	Nein []	Ja []
	Fördermaßnahmen? (Förderunterricht, Nachhilfe, Nachteilsausgleich)	Nein []	Ja []
	Sportbefreiung/Teilbefreiung?	Nein []	Ja []
	Bewegt es sich täglich mind. eine Stunde? (einschließlich Schulweg etc.)	Ja []	Nein []
	Macht es zusätzlich mind. 1/2 Stunde Sport am Tag? (im Durchschnitt)	Ja []	Nein []
Welche Sportart(en) betreibt Ihr Kind?			
Welche Hobbys hat Ihr Kind?			
	Nutzt Ihr Kind TV/PC/Tablet täglich mehr als eine Stunde?	Nein []	Ja []
	Hat Ihr Kind ein eigenes Smartphone?	Nein []	Ja []
	Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes insgesamt zufrieden?	Ja []	Nein []
Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?			
Welche?			
	Gibt es besondere Belastungen in Ihrer Familie?	Nein []	Ja []
Wenn ja: welche?			
	Ausgefüllt von [] Mutter [] Vater oder:		
	am:		

Hier noch ein Fragebogen - Wieder entscheiden Sie, was Sie beantworten			
Name:		Geb.:	
Mein Kind ...		Stimmt nicht	Stimmt
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/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 Stunde wach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	wacht häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen (liegt mind. 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 mind. zweimal im letzten halben Jahr das Bett oder die Hose nass gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	hat im letzten halben Jahr mind. 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 mind. 7 kg abgenommen und ist untergewichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	hat mind. 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 einmal vom Schulbesuch, von 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 sich fast jeden Tag mit seinen Geschwistern ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	hat deswegen auch schon ernsthafte Verletzungen, Quälereien oder Drohungen erfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	wird von anderen Kindern häufig geärgert, gehänselt, verprügelt	<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.	hat deswegen auch schon mal ernsthafte Verletzungen gehabt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	wechselt häufig seine Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	ist in der Schule leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name:		Geburtsdatum:	
Mein Kind ...		Stimmt nicht	Stimmt
34.	ist bei den Hausaufgaben sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	ist bei Regelspielen (Karten-/Brettspiele) sehr leicht 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 Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	ist draußen beim Spielen sehr unüberlegt, vorschnell, unvorsichtig und riskant in seinem 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"/>
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.	hat panische Angst vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45.	hat panische Angst allein zu Hause zu bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46.	hat panische Angst vor fremden Menschen (z. B. bei einer Einladung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47.	hat panische Angst vor Blitz, Donner oder Dunkelheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48.	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. ob 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 freiliegt	<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 mind. einmal pro Woche für mind. 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. zwei Wochen traurig oder niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57.	ist nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn es traurig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58.	hat schon einmal ernsthaft gesagt, dass es sich umbringen 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 zu Hause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolleres (Wert größer 30 €) gestohlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63.	hat schon mind. fünfmal weniger wertvolle Dinge entwendet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64.	hat schon einmal mit Absicht Dinge, die ihm nicht gehören, zerstört/beschädigt...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65.	hat damit einen Schaden von mind. 30 € verursacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67.	66. ist schon von zu Hause weggelaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67.	zeigt folgende, oben nicht genannte, auffällige Verhaltensweisen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>