

ANLEITUNG:

Kreisen Sie die Zahl ein, die am besten beschreibt, wie die emotionalen oder verhaltensbedingten Probleme Ihres Kindes die einzelnen Punkte im letzten Monat beeinflusst haben.

		Niemals oder überhaupt nicht	Manchmal oder etwas	Oft oder häufig	Sehr oft oder sehr häufig	Nicht zutreffend
Datum: _____ / ____ / ____ Tag/Monat/Jahr						
Ihr Name: _____						
Ihre Beziehung zum Kind: _____						
Name des Kindes: _____						
Geburtsdatum des Kindes: _____ / ____ / ____ Tag/Monat/Jahr						
Schulklasse des Kindes: _____						
Alter des Kindes: _____						
Geschlecht des Kindes: <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich						
NICHT IN DIESEN BEREICH SCHREIBEN						
A. Familie <input style="width: 50px;" type="text"/>						
B. Lernen u. Schule <input style="width: 50px;" type="text"/>						
C. Lebensfähigkeiten <input style="width: 50px;" type="text"/>						
D. Selbsteinschätzung des Kindes <input style="width: 50px;" type="text"/>						
E. Gesellschaftlich <input style="width: 50px;" type="text"/>						
F. Risiko <input style="width: 50px;" type="text"/>						
Insgesamt <input style="width: 50px;" type="text"/>						
		A. FAMILIE				
		1. Probleme mit Brüdern und Schwestern				
		2. Verursacht Probleme zwischen den Eltern				
		3. Beansprucht Zeit und hält die Familienmitglieder von Arbeit oder Aktivitäten ab				
		4. Verursacht Streit in der Familie				
		5. Isoliert die Familie von Freunden und gesellschaftlichen Aktivitäten				
		6. Macht es der Familie schwer, sich miteinander zu vergnügen				
		7. Erschwert die Kindererziehung				
		8. Macht es schwer, allen Familienmitgliedern einen fairen Anteil an Aufmerksamkeit zu schenken				
		9. Provoziert andere, ihn/sie zu schlagen oder anzuschreien				
		10. Kostet die Familie mehr Geld				
		B. LERNEN U. SCHULE				
		1. Macht es schwer, mit den Schulaufgaben auf dem Laufenden zu bleiben				
		2. Braucht extra Hilfe in der Schule				
		3. Braucht Nachhilfeunterricht				
		4. Verursacht Probleme im Klassenraum für die Lehrer				
		5. Wird in die Ecke gestellt oder aus dem Klassenzimmer geschickt				
		6. Hat Probleme im Schulhof				
		7. Muss nachsitzen (während oder nach der Schulzeit)				
		8. Wird vom Schulbesuch suspendiert oder ausgeschlossen				
		9. Versäumt Unterricht oder kommt zu spät in die Schule				
		10. Bekommt Benotungen, die unter seinen/ihren Fähigkeiten liegen				

ANLEITUNG:

Kreisen Sie die Zahl ein, die am besten beschreibt, wie die emotionalen oder verhaltensbedingten Probleme Ihres Kindes die einzelnen Punkte im letzten Monat beeinflusst haben.

C. LEBENSFÄHIGKEITEN	Niemals oder überhaupt nicht	Manchmal oder etwas	Oft oder häufig	Sehr oft oder sehr häufig	Nicht zutreffend
1. Zuviel Fernsehen, zuviel Zeit am Computer oder zu viele Videospiele	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2. Persönliche Hygiene, Zähne putzen, Haare bürsten, baden usw.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3. Hat Probleme, sich für die Schule fertig zu machen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4. Hat Probleme, sich zum Schlafengehen fertig zu machen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5. Probleme beim Essen (wählerisch, ungesunde Fertignahrung)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6. Hat Probleme beim Schlafen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7. Verletzt sich	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8. Vermeidet Gymnastik	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9. Benötigt mehr ärztliche Behandlung	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
10. Hat Schwierigkeiten bei der Einnahme von Medikamenten, Verabreichung von Spritzen oder bei Arzt-/Zahnarztbesuchen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

D. SELBSTEINSCHÄTZUNG DES KINDES

1. Mein Kind hat eine schlechte Meinung von sich	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2. Mein Kind hat nicht genug Spaß	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3. Mein Kind ist mit seinem Leben nicht glücklich	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

E. GESELLSCHAFTLICHE AKTIVITÄTEN

	Niemals oder überhaupt nicht	Manchmal oder etwas	Oft oder häufig	Sehr oft oder sehr häufig	Nicht zutreffend
1. Wird von anderen Kindern gehänselt oder schikaniert	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2. Hänselt oder schikaniert andere Kinder	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3. Hat Probleme im Umgang mit anderen Kindern	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4. Teilnahme an Aktivitäten nach dem Unterricht (Sport, Musik, Clubs)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5. Hat Probleme, neue Freundschaften zu schließen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6. Hat Probleme, Freunde zu behalten	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7. Hat Schwierigkeiten bei Parties (nicht eingeladen, vermeidet sie, benimmt sich schlecht)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

F. RISKANTE AKTIVITÄTEN

1. Wird von anderen Kindern leicht angestiftet (Druck durch Gleichaltrige)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2. Zerbricht oder beschädigt Gegenstände	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3. Befasst sich mit illegalen Aktivitäten	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4. Ist mit der Polizei verwickelt	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5. Raucht Zigaretten	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6. Nimmt Drogen ein	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7. Übt gefährliche Aktivitäten aus	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8. Verursacht Verletzungen anderer	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9. Macht gemeine oder unangebrachte Äußerungen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
10. Zeigt sexuell unangebrachtes Verhalten	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>