

# U10/U11

Datum

Name..... Geb. Dat.....

## Elternfragen

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?	ja	nein																									
Was macht Ihr Kind am liebsten in seiner Freizeit? <input type="radio"/> bewegt sich gerne <input type="radio"/> mit Freunden spielen <input type="radio"/> Computer/Spielekonsolen <input type="radio"/> Musik, Malen, Basteln <input type="radio"/> Fernsehen <input type="radio"/> _____ Wie viel Zeit bewegt es sich täglich? <input type="radio"/> <1 Stunde; <input type="radio"/> 1-3 Std; <input type="radio"/> > 3 Std Wie viel Zeit verbringt es täglich vor Bildschirmen? <input type="radio"/> <1 Stunde; <input type="radio"/> 1-3 Std; <input type="radio"/> > 3 Std																											
Kann Ihr Kind schwimmen	ja	nein																									
Ist es Mitglied in einem Verein? In welchem? _____	ja	nein																									
Welche Schule besucht Ihr Kind? _____ Welche Klasse besucht Ihr Kind? _____																											
Hat es Schwierigkeiten in der Schule?	nein	ja																									
Wer betreut Ihr Kind nach der Schule? <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Großeltern <input type="radio"/> Hort/Tagesstätte <input type="radio"/> _____																											
Hat sich die Zusammensetzung Ihrer Familie verändert?	nein	ja																									
Hatte ein naher Verwandter einen Herzinfarkt oder Schlaganfall unter 40 Jahren?	nein	ja																									
Hat Ihr Kind eine chronische Erkrankung? Welche? _____	nein	ja																									
Wie sehr ist Ihr Kind im Alltag dadurch beeinträchtigt? <input type="radio"/> gar nicht <input type="radio"/> kaum <input type="radio"/> deutlich <input type="radio"/> massiv																											
Hat es Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen?	nein	ja																									
Macht Ihnen das Essverhalten Sorgen?	nein	ja																									
Nässt ihr Kind manchmal noch ein	nein	ja																									
Hat es Schwierigkeiten mit der Stimmung?	nein	ja																									
Hat es Schwierigkeiten in der Konzentration?	nein	ja																									
Hat es Schwierigkeiten im Verhalten?	nein	ja																									
Hat es Schwierigkeiten im Umgang mit Anderen?	nein	ja																									
Falls Sie einen der letzten 4 Punkte zu Stimmung, Konzentration und Verhalten mit „Ja“ beantwortet haben, beantworten Sie bitte auch die folgenden Punkte: - Bei den Schwierigkeiten handelt es sich um: <input type="radio"/> leichte <input type="radio"/> deutliche <input type="radio"/> massive Schwierigkeiten - seit wann gibt es diese Schwierigkeiten? <input type="radio"/> 1 Monat <input type="radio"/> 1-5 Monate <input type="radio"/> 6-12 Monate <input type="radio"/> über 1 Jahr - Leidet Ihr Kind unter diesen Schwierigkeiten? <input type="radio"/> Gar nicht <input type="radio"/> Kaum <input type="radio"/> Deutlich <input type="radio"/> Massiv - Wird Ihr Kind durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche des Alltagslebens beeinträchtigt? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">gar nicht</td> <td style="text-align: center;">kaum</td> <td style="text-align: center;">deutlich</td> <td style="text-align: center;">schwer</td> </tr> <tr> <td>Zu Hause</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Mit Freunden</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Im Unterricht</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>In der Freizeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> - Stellen die Schwierigkeiten eine Belastung für Sie oder die gesamte Familie dar? <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> leichte <input type="radio"/> deutliche <input type="radio"/> schwere Belastung		gar nicht	kaum	deutlich	schwer	Zu Hause	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mit Freunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Im Unterricht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	In der Freizeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	gar nicht	kaum	deutlich	schwer																							
Zu Hause	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																							
Mit Freunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																							
Im Unterricht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																							
In der Freizeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																							

Bitte beantworten Sie nun die folgenden Fragen zu Stärken und Schwächen Ihres Kindes. Berücksichtigen Sie bitte dabei das Verhalten Ihres Kindes in den letzten 6 Monaten.

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzelgänger; spielt meist alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Sorgen, erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liebt zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lügt oder mogelt häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrer oder anderen Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denkt nach, bevor er/ sie handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es noch etwas, das Sie erwähnen möchten?