



Mannheimer Elternfragebogen U11 (9 bis 10 Jahre)

Name:

Geburtsdatum:

Ausgefüllt von: am:

Kreuzen Sie bitte an, ob die unten ausgeführten Probleme bei Ihrem Kind in den letzten 6 Monaten aufgetreten sind.
Machen Sie bitte **nur ein Kreuz** in jeder Zeile und **lassen Sie bitte keine Frage aus**.

	Stimmt nicht	stimmt
1. Hat Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Muss 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 gerne 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 nachts häufig 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 2x 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 mind. 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 einmal vom Schulbesuch, einem Ausflug oder Landschulheimaufenthaltes 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, 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 Gleichaltigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. prügelt sich häufig mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. dabei ist es auch schonmal zu ernsthaften Verletzungen gekommen	<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"/>
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	<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"/>

	Stimmt nicht	stimmt
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, alleine zuhause 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 von Minuten nach (z.B. dass 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. 2 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 ernsthaft gesagt, dass es 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 oft lügt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. hat zuhause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolles (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. dabei ist ein Schaden von mindestens 30€ entstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. ist schon von zu Hause weggelaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. zeigt folgende, oben nicht genannte auffällige Verhaltensweise: bitte zusätzliches Blatt benutzen !	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwisterzahl : <input type="text"/>		
Wieviel Std. körperliche Aktivität/Tag: <input type="text"/> Wieviel Stunden Medienkonsum/Tag: <input type="text"/>		
Macht Sport und zwar:	<input type="text"/>	
Essen unproblematisch ?	<input type="text"/>	
Stuhlgang regelmäßig ?	<input type="text"/>	
Schlafzeit regelmäßig ?	<input type="text"/>	
Zähne putzen:	<input type="text"/> x/Tag ?	
Familiensituation:	<input type="text"/>	
Spezielle Förderung ? Wenn ja, was ?	<input type="text"/>	
Allergie ? Wenn ja, was ?	<input type="text"/>	
Familiäre Erkrankungen ? Wenn ja, was ?	<input type="text"/>	
Familiäre Schilddrüsenerkrankung?	<input type="text"/>	familiär erhöhtes Cholesterin ? <input type="text"/>