

Elternfragebogen zur U10, mit 7 - 8 Jahren

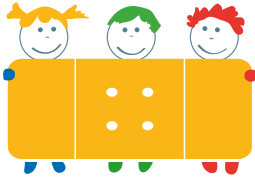
Name des Kindes: _____ Geb.: _____

ausgefüllt von: _____ am: _____

Setzen Sie bitte nur ein Kreuz in die Kästchen und nicht in die Zwischenräume.

Mein Kind ...	ja	nein
1. hat sich meiner Meinung nach gut entwickelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. verabredet sich ungern mit Freunden oder bleibt nicht gern bei Verwandten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. schläft nachts mit im Elternbett, obwohl ich das nicht gern sehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. hat Angst zur Schule zu gehen oder geht ungern zur Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. hat keine Freunde in der Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. hat keine bessere Freundin oder Freund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ist in der Schule sehr unsicher oder schüchtern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ist im Umgang mit Erwachsenen auffallend vorsichtig und zurückhaltend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ist im Umgang mit Erwachsenen auffallend offen und lebhaft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. kann schlecht einschlafen (d. h. liegt mehr als eine Stunde wach).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. wacht häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. streitet sich fast jeden Tag mit seinen Geschwistern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ist in der Schule schon einmal wegen auffälligen Verhaltens gemahnt worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ist mir gegenüber aggressiv und aufsässig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ist in der Schule oder bei den Hausaufgaben leicht ablenkbar oder unkonzentriert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. beschäftigt sich unzureichend mit Konzentrationsspielen oder konstruktiven Arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. hat manchmal Kopfschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. hat mehr als 1 x im Monat Kopfschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. hat manchmal Bauchschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. hat mehr als 1 x im Monat Bauchschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. hat mehr als 1 x im Monat Durchfall oder Erbrechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. beschäftigt sich übermäßig mit körperlicher Hygiene (häufiges Händewaschen etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ist übermäßig ordentlich. Legt zum Beispiel ständig Kleidung zusammen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seite 1/2



ja nein

24. spricht schlecht: lispelt, stottert, spricht undeutlich, kann sich nicht genügend ausdrücken.
25. nässt manchmal ein.
26. kotet manchmal ein.
27. hat übermäßige Angst vor z. B. Blitz, Donner, Spinnen, Schlangen etc.
28. wird von anderen Kindern gehänselt.
29. hat täglich einen Wutanfall.
30. ist häufig traurig oder antriebslos.
31. lügt oft.
32. hat mehr als einmal Gegenstände entwendet oder gestohlen.
-
37. zeigt folgende, oben nicht genannte, auffällige Verhaltensweisen:
