

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

ausgefüllt von: _____

am: _____

ANLEITUNG ZUM AUSFÜLLEN

Kreuzen Sie bitte an, ob die unten aufgeführten Probleme bei Ihrem Kind in den letzten 6 Monaten aufgetreten sind. Machen Sie bitte nur ein Kreuz in jeder Zeile, setzen Sie die Kreuze nur auf die Kästchen, nicht in die Zwischenräume und lassen Sie bitte keine Frage aus. Sollte Ihr Kind zurzeit Medikamente erhalten, die sein Verhalten verändern, beantworten Sie bitte die Fragen so, wie sich Ihr Kind verhält, wenn es keine Medikamente erhält.

Mein Kind ...

stimmt

stimmt nicht

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. kann mindestens dreimal pro Woche schlecht einschlafen – liegt mindestens 1 Stunde wach. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. wacht mindestens einmal pro Nacht auf und liegt dann mindestens eine Stunde wach. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. schläft nachts mit im Elternbett, obwohl ich das nicht gerne sehe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. hat meistens nur wenig Appetit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ist untergewichtig. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ist extrem wählerisch beim Essen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. kann sich schlecht von der Mutter trennen, ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. dabei kommt es zu langem Schreien oder Weinen – mindestens eine Viertelstunde. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. hat vor vielen Dingen panische Angst. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ist überaus schreckhaft. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ist sehr unruhig, zappelig, kann nicht still sitzen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ist mitunter beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. hat täglich einen Wutanfall. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ist zu Hause ständig ungehorsam. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. zerstört häufig Gegenstände. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. hat große Angst vor fremden Erwachsenen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. spricht fast jede fremde Person an. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. geht schon nach kurzer Zeit mit fremder Person überall mit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. wehrt sich meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. ist häufig ohne Kontakt zu seiner Umgebung – blickt ins Leere, reagiert nicht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |