

# Elternfragebogen zur U10

Name: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_ Alter (7-8 J.): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_



Schillerstr. 24  
02763 Zittau  
Tel: 03583/700290  
Fax: 03583/794850

ja nein

|                                                                                                                                                                          |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Sind Sie zufrieden mit der Entwicklung Ihres Kindes?                                                                                                                     |  |  |
| Sind Sie zufrieden mit dem Verhalten Ihres Kindes?                                                                                                                       |  |  |
| Lebt Ihr Kind gemeinsam mit beiden Elternteilen in einem Haushalt?                                                                                                       |  |  |
| Wird es außerhalb der Schule überwiegend von Ihnen betreut?                                                                                                              |  |  |
| Spielt Ihr Kind ein Musikinstrument oder singt im Chor?                                                                                                                  |  |  |
| Ist Ihr Kind in einem Sportverein?                                                                                                                                       |  |  |
| Verbringt Ihr Kind außerhalb der Schule Zeit mit Freunden?                                                                                                               |  |  |
| Geht ihr Kind gerne in die Schule?                                                                                                                                       |  |  |
| Welche Schule/Klasse besucht Ihr Kind?                                                                                                                                   |  |  |
| Gibt es Schwierigkeiten in der Schule mit: - den Noten?                                                                                                                  |  |  |
| - den Mitschülern?                                                                                                                                                       |  |  |
| - den Lehrern?                                                                                                                                                           |  |  |
| Gibt es große Sorgen in der Familie?                                                                                                                                     |  |  |
| Gibt es Schilddrüsenerkrankungen in der Familie?                                                                                                                         |  |  |
| Gibt es Fettstoffwechselerkrankungen in der Familie bzw. hatte ein Verwandter einen Herzinfarkt/Schlaganfall im Alter von unter 40 Jahren?                               |  |  |
| Bildschirmzeit (Fernseher, tablet, Playstation, Computer etc.) pro Tag: < 1 Stunde <input type="radio"/> / 1-3 St. <input type="radio"/> / > 3 St. <input type="radio"/> |  |  |
| Wie viele Stunden ist Ihr Kind pro Tag körperlich aktiv: < 1 Stunde <input type="radio"/> / 1-3 St. <input type="radio"/> / > 3 St. <input type="radio"/>                |  |  |

ja nein

|                                                                                      |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Mein Kind nimmt regelmäßig Medikamente ein.                                          |  |  |
| Es hat Allergien.                                                                    |  |  |
| Mein Kind klagt gehäuft über: - Luftnot.                                             |  |  |
| - Schmerzen unklarer Ursache (wo?).                                                  |  |  |
| - Sonstige körperliche Beschwerden (was?).                                           |  |  |
| Es ist bei einem weiteren Arzt in Behandlung (z.B. Orthopäde/Hautarzt).              |  |  |
| Es schnarcht regelmäßig.                                                             |  |  |
| Es hat in den letzten 6 Monaten eine schwere Erkrankung oder Operation durchgemacht. |  |  |

**Die nun folgenden Fragen beziehen sich auf den Zeitraum der letzten 6 Monate.** Fragen, die Sie nicht verstehen, oder nicht beantworten können, kennzeichnen Sie bitte mit einem Fragezeichen, damit wir diese dann gemeinsam klären können. (angelehnt an Mannheimer Elternfragebogen)

Mein Kind... stimmt stimmt nicht

|                                                                       |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------|--|--|
| hat Sorgen wegen seiner Körpergröße, zu klein, zu groß.               |  |  |
| hat zu viel / zu wenig Appetit oder ist extrem wählerisch beim Essen. |  |  |
| hat viel mehr / viel weniger Gewicht als andere Kinder in dem Alter.  |  |  |
| hat ständig Angst, zu dick zu werden.                                 |  |  |
| spricht undeutlich, mit fehlerhafter Grammatik oder stottert.         |  |  |
| schläft schlecht ein oder wacht nachts häufig auf.                    |  |  |
| schläft nachts häufig mit im Elternbett.                              |  |  |

## Elternfragebogen zur U10

Name: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_ Alter (7-8 J.): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_



Schillerstr. 24  
02763 Zittau  
Tel: 03583/700290  
Fax: 03583/794850

Mein Kind...

stimmt

stimmt nicht

|                                                                                                                                                                |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| hat mindestens zweimal im letzten halben Jahr ins Bett oder die Hose eingenässt.                                                                               |  |  |
| hat im letzten halben Jahr mindestens einmal eingekotet.                                                                                                       |  |  |
| hat manchmal nervöse Zuckungen (z.B. Blinzel-, Zwinker-, Räuspertic).                                                                                          |  |  |
| Kaut/reißt an Fingernägeln, dass es zu blutigen Verletzungen kommt.                                                                                            |  |  |
| ist mindestens einmal pro Woche für mindestens drei Stunden traurig.                                                                                           |  |  |
| diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis.                                                                                      |  |  |
| hat schon einmal ernsthaft gesagt, dass es sich umbringen will.                                                                                                |  |  |
| kontrolliert bestimmte Dinge mehrmals hintereinander, innerhalb weniger Minuten nach (z. B. ob Türen, Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist). |  |  |
| ist überängstlich, macht sich viele Sorgen, wird manchmal vor Aufregung „krank“.                                                                               |  |  |
| hat panische Angst z.B. vor Tieren, Gewitter, Dunkelheit, anderen Menschen, ...                                                                                |  |  |
| weigert sich, tagsüber bei Freunden oder Verwandten zu bleiben.                                                                                                |  |  |
| wird häufig geärgert, gehänselt, verprügelt oder hat Angst vor anderen Kindern.                                                                                |  |  |
| ist aufsässiger und ungehorsamer als andere Kinder seines Alters.                                                                                              |  |  |
| wurde wegen seines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, einem Ausflug oder Klassenfahrt ausgeschlossen.                                                    |  |  |
| hat keine Freunde, mit denen wichtige Dinge besprochen werden.                                                                                                 |  |  |
| hat schon einmal mit Absicht Dinge zerstört.                                                                                                                   |  |  |
| macht uns Sorgen, weil es oft lügt.                                                                                                                            |  |  |
| ist schon von zu Hause weggelaufen.                                                                                                                            |  |  |
| prügelt sich häufig mit anderen Kindern.                                                                                                                       |  |  |
| hat Angst in die Schule zu gehen oder schwänzt manchmal die Schule.                                                                                            |  |  |
| leidet unter Lese-Rechtschreibschwäche oder Rechenschwäche.                                                                                                    |  |  |
| hat andere Schulleistungsprobleme.                                                                                                                             |  |  |
| ist leicht ablenkbar und unkonzentriert.                                                                                                                       |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ in der Schule</li> <li>○ bei den Hausaufgaben</li> </ul>                                                              |  |  |
| ist sehr unruhig, zappelig kann nicht stillsitzen.                                                                                                             |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ in der Schule</li> <li>○ bei den Hausaufgaben</li> </ul>                                                              |  |  |
| ist sehr unüberlegt und vorschnell beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause.                                                                        |  |  |
| ist sehr unüberlegt, vorschnell, unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten im Straßenverkehr.                                                               |  |  |

Darüber hinaus machen uns bzw. mir folgende Probleme Sorgen:

---