

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 und lassen Sie bitte keine Frage aus. Sollte Ihr Kind zur Zeit 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="radio"/>	<input type="radio"/>
2. wacht mindestens einmal pro Nacht auf und liegt dann mindestens eine Stunde wach	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. schläft nachts mit im Elternbett, obwohl wir das nicht gerne sehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. hat meistens nur wenig Appetit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ist untergewichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ist extrem wählerisch beim Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. kann sich schlecht von der Mutter trennen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. dabei kommt es zu langem Schreien oder Weinen (mindestens eine Viertelstunde)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. hat vor vielen Dingen panische Angst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ist überaus schreckhaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ist sehr unruhig, zappelig, kann nicht still sitzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ist mal beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. hat täglich einen Wutanfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ist zu Hause ständig ungehorsam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. zerstört häufig Gegenstände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. hat große Angst vor fremden Erwachsenen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. spricht fast jede fremde Person an	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. geht schon nach kurzer Zeit mit fremder Person überall mit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. wehrt sich meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. ist häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (blickt ins Leere, reagiert nicht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Nutzung von Bildschirmmedien pro Tag (Handy, Tablet, TV, Spielkonsole, PC)	_____	Stunden