

SDQ - Fragebogen

Sortiert nach Bereichen

	2	1	0	Summe
Rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein	
Teilt gerne mit anderen Kindern (Spielzeug, Süßigkeiten, Buntstifte...)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein	
Hilfsbereit, wenn andere krank, verletzt oder betrübt sind	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein	_____
Lieb zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein	
Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein	
	0	1	2	
Unruhig, überaktiv, kann nicht lange still sitzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	
Ständig zappelig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	
Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	_____
Denkt nach, bevor es handelt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein	
Führt Aufgaben zu Ende, gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein	
Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	
Hat viele Sorgen, erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	
Oft unglücklich oder niedergeschlagen, weint häufig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	_____
Hat viele Ängste, fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	
Nervös, anklammernd in neuen Situationen, verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	
Hat oft Wutanfälle, ist aufbrausend	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	
Im Allgemeinen folgsam, macht meist was Erwachsene verlangen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein	
Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	_____
Lügt oder mogelt häufig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	
Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	
Einzelgänger, spielt meist allein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	
Hat wenigstens einen guten Freund/Freundin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein	
Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein	_____
Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	
Kommt besser mit Erwachsenen zurecht, als mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	

Auswertung: 1) gelb: ... 2) grün: ... 3) rot: ... 4) blau: ... 5) orange: ...

Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-Deu)

Würden Sie sagen, dass Ihr Kind insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hat?

Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit anderen?

nein leichte Schwierigkeiten Ja, deutliche Schwierigkeiten Ja, massive Schwierigkeiten

Falls Sie diese Frage mit „JA“ beantwortet haben, beantworten Sie bitte auch die folgenden Punkte:

- Seit wann gibt es diese Schwierigkeiten?

weniger als 1 Monat 1-5 Monate 6-12 Monate über ein Jahr

- Leidet Ihr Kind unter diesen Schwierigkeiten?

gar nicht kaum deutlich massiv

- Wird Ihr Kind durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche des Alltagslebens beeinträchtigt?

	gar nicht	kaum	deutlich	schwer
Zu Hause	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit Freunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
im Unterricht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
in der Freizeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- Stellen die Schwierigkeiten eine Belastung für Sie oder die gesamte Familie dar?

keine Belastung leichte Belastung deutliche Belastung schwere Belastung

Ausgefüllt von **Mutter** / **Vater** / **Sonstige**