

**Ein paar alte und viele neue Fragen –  
und wie immer entscheiden Sie, welche Fragen Sie beantworten wollen.**

Name:

Geburtsdatum:

**Gab es seit dem Paed.Check® U10 bei Ihrem Kind:**

Ernste Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte, Operationen?

Nein Ja

Schwere oder häufige Infekte?

Allergien?

Hört Ihr Kind manchmal schlecht?

Hat Ihr Kind Probleme mit dem Sehen?

**Welche Schule besucht Ihr Kind?**

Welche Klasse?

Gibt es in der Schule Probleme?

Hat Ihr Kind Hobbys? Welche?

Ist Ihr Kind in einem Sportverein? Sportart:

Bewegt es sich täglich mehr als eine Stunde (einschließlich Schulweg etc.)?

Mehr als drei Stunden?

Nutzt Ihr Kind TV/PC/Tablet/Smartphone täglich mehr als eine Stunde?

Mehr als drei Stunden?

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes insgesamt zufrieden?

**Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?**

Welche?

**Gibt es besondere Belastungen in Ihrer Familie?**

Wenn ja: welche?

Diese Fragen kennen Sie schon von Paed.Check® 7.0 (U10) – und wie beim letzten Mal entscheiden Sie, was Sie beantworten.

Name:

Geburtsdatum:

**Mein Kind ...**

|     |  | Stimmt nicht             | Stimmt                              |
|-----|--|--------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | hat Migräne  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2.  | musste wegen Kopfschmerzen zum Arzt  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3.  | leidet unter asthmatischen Beschwerden/chronischer Bronchitis  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4.  | will bei jeder „Kleinigkeit“ den Arzt aufsuchen  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5.  | hat manchmal nervöse Zuckungen (z. B. Blinzel-, Zwinker-, Räuspertic)  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6.  | weigert sich meistens auch tagsüber, bei Freunden/Verwandten zu bleiben  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7.  | schläft nachts mit im Elternbett, obwohl ich das nicht gern sehe   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8.  | kann schlecht einschlafen (d. h., liegt mehr als eine Stunde wach)   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9.  | wacht häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen<br>(liegt mindestens eine Stunde wach)              | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10. | stottert   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 11. | lisbelt  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12. | hat mindestens zweimal im letzten halben Jahr das Bett oder die Hose nass gemacht                                    | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 13. | hat im letzten halben Jahr mindestens einmal eingekotet  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 14. | hat meistens nur wenig Appetit   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 15. | ist extrem wählerisch beim Essen   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16. | hat ständig Angst, zu dick zu werden   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 17. | hat wegen seines Essverhaltens mindestens 7 kg abgenommen und ist untergewichtig                                     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 18. | hat mindestens 10 kg Übergewicht   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 19. | wird wegen seines Übergewichts gehänselt   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 20. | ist die meiste Zeit aufsässig und ungehorsam   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 21. | ist aufsässiger und ungehorsamer als andere Kinder seines Alters   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 22. | wurde wegen seines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, von einem Ausflug oder einer Klassenfahrt ausgeschlossen | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 23. | schwänzt manchmal die Schule   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 24. | hat starke Angst davor, zur Schule zu gehen  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 25. | streitet sich fast jeden Tag mit seinen Geschwistern ...   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 26. | hat deswegen auch schon ernsthafte Verletzungen, Quälereien oder Drohungen erfahren                                  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 27. | wird von anderen Kindern häufig geärgert, gehänselt, verprügelt  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 28. | hat Angst vor anderen Kindern  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 29. | hat überhaupt keinen Kontakt zu Gleichaltrigen   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 30. | prügelt sich häufig mit anderen Kindern ...  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 31. | hat deswegen auch schon mal ernsthafte Verletzungen gehabt   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 32. | wechselt häufig seine Freunde  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

**Mein Kind ...**

|     |  | Stimmt<br>nicht          | Stimmt                              |
|-----|--|--------------------------|-------------------------------------|
| 33. | ist in der Schule leicht ablenkbar und unkonzentriert  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 34. | ist bei den Hausaufgaben sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 35. | ist bei Regelspielen (Karten-/Brettspiele) sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 36. | ist in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 37. | ist bei den Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 38. | ist bei Regelspielen (Karten-/Brettspiele) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 39. | ist im Straßenverkehr sehr unüberlegt, vorschnell, unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 40. | ist draußen beim Spielen sehr unüberlegt, vorschnell, unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 41. | ist beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause sehr unüberlegt und vorschnell   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 42. | hat täglich einen Wutanfall  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 43. | ist überängstlich, macht sich viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z. B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben), wird dann manchmal vor lauter Aufregung „krank“ | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 44. | hat panische Angst vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 45. | hat panische Angst, allein zu Hause zu bleiben   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 46. | hat panische Angst vor fremden Menschen (z. B. bei einer Einladung)  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 47. | hat panische Angst vor Blitz, Donner oder Dunkelheit   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 48. | hat panische Angst vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 49. | ist übertrieben ordentlich   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 50. | wäscht sich oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 51. | kontrolliert bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach (z. B. ob Türen oder Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist)     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 52. | kaut oder reißt so stark die Fingernägel, dass es häufiger zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise freiliegt                            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 53. | weigert sich oft, mit fremden Erwachsenen zu sprechen, auch wenn es etwas gefragt wird   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 54. | ist mindestens einmal pro Woche für mindestens drei Stunden traurig oder niedergeschlagen ...  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 55. | Diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 56. | war mindestens zwei Wochen traurig oder niedergeschlagen   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 57. | ist nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn es traurig ist   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 58. | hat schon einmal ernsthaft gesagt, dass es sich umbringen will   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 59. | hat schon gelegentlich geraucht  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 60. | hat schon hin und wieder Alkohol getrunken   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 61. | macht uns Probleme, weil es so oft lügt  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 62. | hat zu Hause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvollereres (Wert größer 30 €) gestohlen   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 63. | hat schon mindestens fünfmal weniger wertvolle Dinge entwendet   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 64. | hat schon einmal mit Absicht Dinge, die ihm nicht gehören, zerstört/beschädigt...  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 65. | hat damit einen Schaden von mindestens 30 € verursacht   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 66. | ist schon von zu Hause weggelaufen   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 67. | zeigt folgende, oben nicht genannte, auffällige Verhaltensweisen:  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Ausgefüllt von Mutter  Vater  oder

am

(Datum)