



Zuerst haben wir ein paar alte und viele neue Fragen an Sie -
und wie immer entscheiden Sie, welche sie beantworten.

Name: _____ Geb.: _____

Gab es seit der U9 bei Ihrem Kind:	Nein	Ja
Ernste Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte, Operationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere oder häufige Infekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hört Ihr Kind manchmal schlecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat ihr Kind Probleme mit dem Sehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Schule besucht ihr Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Klasse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es in der Schule Probleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat ihr Kind Hobbys? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist ihr Kind in einem Sportverein? Sportart:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegt es sich täglich mehr als 1 Stunde (einschließlich Schulweg etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mehr als 3 Stunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutzt ihr Kind TV/PC/Tablet/Smartphone/Spielkonsole täglich mehr als 1 Stunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mehr als 3 Stunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit der Entwicklung ihres Kindes insgesamt zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie viele Personen leben in ihrem Haushalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche?		
Gibt es besondere Belastungen in ihrer Familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: welche?		

Ausgefüllt von: Mutter Vater oder _____ am _____ (Datum)

Fragebogen U10

Bitte füllen Sie auch die
Rückseite aus.

Vielen Dank für Ihre Hilfe.

Hier Hier können Sie Ihre Fragen oder
Notizen eintragen:



Diesmal gibt es wieder einen neuen Fragebogen -
aber wie beim letzten Mal entscheiden Sie, was Sie beantworten.

Mein Kind ...

	Stimmt nicht	Stimmt
Hat Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musste wegen Kopfschmerzen zum Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet unter Asthmatic Beschwerden/ chronischer Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Will bei jeder "Kleinigkeit" den Arzt aufsuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat manchmal nervöse Zuckungen (z.Bsp.: Blinzeltick, Zwinkertick, Räuspertick)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weigert sich meistens auch tagsüber, aber Freunden/ Verwandten zu bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläft nachts mit dem Elternbad, obwohl wir das nicht gerne sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann schlecht einschlafen (d.h., liegt mehr als 1 Stunde wach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wacht häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen. (liegt mindestens 1 Stunde wach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stottert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lispelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat mindestens zweimal im letzten halben Jahr das Bett oder die Hose nass gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat im letzten halben Jahr mindestens einmal eingekotet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat meistens nur wenig Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist extrem wählerisch beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat ständig Angst, dick zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat wegen seines Essverhalten mindestens 7 Kg abgenommen, ist untergewichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat mindestens 10 Kg Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird wegen seines Übergewichts gehänselt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist die meiste Zeit aufsässig und ungehorsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist aufsässiger und ungehorsamer als andere Kinder seines Alters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde wegen seines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, von einem Ausflug oder einer Klassenfahrt ausgeschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwänzt manchmal die Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat starke Angst davor, zur Schule zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streitet sich fast jeden Tag mit seinen Geschwistern...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- hat deswegen auch schon ernsthafte Verletzungen, Quälereien oder Drohungen erfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird von anderen Kindern häufig geärgert, gehänselt, verprügelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Angst vor anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat überhaupt keinen Kontakt zu Gleichaltrigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prügelt sich häufig mit anderen Kindern ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausgefüllt von: Mutter Vater oder _____ am _____ (Datum)

Quelle: Vorsorgeheft des Päd.-Check der bvkj

Mein Kind ...

	Stimmt nicht	Stimmt
- hat deswegen auch schon mal ernsthafte Verletzungen gehabt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wechselt häufig seine Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist in der Schule leicht, ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei den Hausaufgaben sehr leicht, ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Regel spielen (Karten-/ Brettspiele) sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei den Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Regel spielen (Karten-/ Brettspiele) sehr unruhig, unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist im Straßenverkehr sehr unüberlegt, vorschnell, unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist draußen beim Spielen sehr unüberlegt, vorschnell, unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause sehr unüberlegt und vorschnell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat täglich einen Wutanfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist über ängstlich, macht sich viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.Bsp.: Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben), wird dann manchmal vor lauter Aufregung "krank"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat panische Angst vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat panische Angst, allein zu Hause zu bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat panische Angst vor fremden Menschen (z.Bsp.: bei einer Einladung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat panische Angst vor Blitz, Donner oder Dunkelheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat panische Angst vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist übertrieben ordentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W wäscht sich auf die Hände, obwohl sie längst sauber sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrolliert bestimmte Dinge, mehrmals hintereinander, innerhalb weniger Minuten nach (z.Bsp.: optik, Türen oder Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaut oder reißt so stark an den Fingernägeln, dass es häufiger zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise freiliegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weigert sich oft, mit fremden Erwachsenen zu sprechen, auch wenn es etwas gefragt wird, wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist mindestens einmal pro Woche für mindestens 3 Stunden traurig oder niedergeschlagen ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War mindestens zwei Wochen traurig oder niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist nur schwer, auf andere Gedanken zu bringen, wenn es traurig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat schon einmal ernsthaft gesagt, dass es sich umbringen will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat schon gelegentlich geraucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat schon hin und wieder Alkohol getrunken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Macht Probleme, weil es so oft lügt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat zu Hause oder außerhalb schon einmal etwas wertvolles (Wert größer 30 €) gestohlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat schon mindestens fünf mal weniger wertvolle Dinge entwendet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat schon einmal mit Absicht, Dinge, die ihm nicht gehören, zerstört/ beschädigt ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- hat damit einen Schaden von mindestens 30 € verursacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist schon von zu Hause weggelaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigt folgende, oben nicht genannte, auffällige Verhaltensweisen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>