

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Bitte beantworten Sie nun die folgenden Fragen zu Stärken und Schwächen Ihres Kindes. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten 6 Monaten.

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Rücksichtsvoll	☐ 0	☐ 1	☐ 2
Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	☐ 0	☐ 1	☐ 2
Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	☐ 0	☐ 1	☐ 2
Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	☐ 0	☐ 1	☐ 2
Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend	☐ 0	☐ 1	☐ 2
Einzelgänger; spielt meist alleine	☐ 0	☐ 1	☐ 2
Im Allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	☐ 2	☐ 1	☐ 0
Hat viele Sorgen, erscheint häufig bedrückt	☐ 0	☐ 1	☐ 2
Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	☐ 0	☐ 1	☐ 2
Ständig zappelig	☐ 0	☐ 1	☐ 2
Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	☐ 2	☐ 1	☐ 0
Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	☐ 0	☐ 1	☐ 2
Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	☐ 0	☐ 1	☐ 2
Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	☐ 2	☐ 1	☐ 0
Leicht ablenkbar, unkonzentriert	☐ 0	☐ 1	☐ 2
Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	☐ 0	☐ 1	☐ 2
Liebt zu jüngeren Kindern	☐ 0	☐ 1	☐ 2
Lügt oder mogelt häufig	☐ 0	☐ 1	☐ 2
Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	☐ 0	☐ 1	☐ 2
Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)	☐ 0	☐ 1	☐ 2
Denkt nach, bevor er/sie handelt	☐ 2	☐ 1	☐ 0
Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo	☐ 0	☐ 1	☐ 2
Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	☐ 0	☐ 1	☐ 2
Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	☐ 0	☐ 1	☐ 2
Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	☐ 2	☐ 1	☐ 0

Vom Mitarbeiter auszufüllen

Gesamt	
Emot	
Verhalt	
Hyperak	
Verh. m. Gl.	
Prosoz.	

→ bitte wenden

	nein	ja	
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit der Stimmung?	☐	☐	Emot
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten in der Konzentration?	☐	☐	Konz
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten im Verhalten?	☐	☐	Soz.
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten im Umgang mit Anderen?	☐	☐	Soz.

Falls Sie einen der letzten 4 Punkte zu Stimmung, Konzentration und Verhalten mit „ja“ beantwortet haben, beantworten Sie bitte auch die folgenden Punkte:

- Bei den Schwierigkeiten handelt es sich um:
 - ☐ leichte
 - ☐ deutliche
 - ☐ massive Schwierigkeiten
- Seit wann gibt es diese Schwierigkeiten?
 - ☐ 1 Monat
 - ☐ 1 – 5 Monate
 - ☐ 6 – 12 Monate
 - ☐ über 1 Jahr
- Leidet Ihr Kind unter diesen Schwierigkeiten?
 - ☐ gar nicht
 - ☐ kaum
 - ☐ deutlich
 - ☐ massiv
- Wird Ihr Kind durch diese Schwierigkeit in einem der folgenden Bereiche des Alltagslebens beeinträchtigt?

	gar nicht	kaum	deutlich	schwer
Zu Hause	☐	☐	☐	☐
Mit Freunden	☐	☐	☐	☐
Im Unterricht	☐	☐	☐	☐
In der Freizeit	☐	☐	☐	☐
- Stellen die Schwierigkeiten eine Belastung für Sie oder die gesamte Familie dar?
 - ☐ keine
 - ☐ leichte
 - ☐ deutliche
 - ☐ schwere Belastung

Gibt es noch etwas, das Sie erwähnen möchten?

→ bitte wenden

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Sind Sie mit der Entwicklung und dem Verhalten Ihres Kindes zufrieden?	ja	nein	
Was macht Ihr Kind am liebsten in seiner Freizeit? ☐ bewegt sich gerne ☐ mit Freunden spielen ☐ Computer/Spielekonsolen ☐ Musik, Malen, Basteln ☐ Fernsehen ☐ _____			Freiz
Wie viel Zeit bewegt es sich täglich? ☐ < 1 Stunde ☐ 1-3 Stunden ☐ > 3 Stunden			Freiz
Wie viel Zeit verbringt es täglich vor Bildschirmen? ☐ < 1 Stunde ☐ 1-3 Stunden ☐ > 3 Stunden			Freiz
Hat Ihr Kind schon ein eigenes Smartphone?	ja	nein	Medien
Kann Ihr Kind schwimmen?	ja	nein	Schwim
Ist es Mitglied in einem Verein? Wenn ja, in welchem?	ja	nein	Freiz/Soz
Welche Schule besucht Ihr Kind?			Schule
Welche Klasse besucht Ihr Kind?			Schule
Hat es Schwierigkeiten in der Schule?	nein	ja	Schule
Haben Sie den Verdacht auf eine Sprachentwicklungsverzögerung?	nein	ja	Entw.
Haben Sie den Verdacht auf eine Lese-Rechtschreibschwäche?	nein	ja	Entw.
Haben Sie den Verdacht auf eine Rechenschwäche?	nein	ja	Entw.
Haben Sie den Verdacht auf ein ADHS (Aufmerksamkeitsstörung, ggf. mit Hyperaktivität)?	nein	ja	Entw.
Wer betreut Ihr Kind nach der Schule? ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Großeltern ☐ Hort/Tagesstätte ☐ _____			Soz.
Hat sich die Zusammensetzung Ihrer Familie verändert?	nein	ja	Fam.
Sind Sie alleinerziehend?	nein	ja	Fam.
Wie viele Geschwister hat Ihr Kind?			Fam.
Hatte ein naher Verwandter einen Herzinfarkt oder Schlaganfall unter 40 Jahren?	nein	ja	Cholest
Gibt es in der Familie Erkrankungen der Schilddrüse?	nein	ja	SD
Hat Ihr Kind eine chronische Erkrankung? Wenn ja, welche? _____ Wie sehr ist Ihr Kind im Alltag dadurch beeinträchtigt? ☐ gar nicht ☐ kaum ☐ deutlich ☐ massiv	nein	ja	Chron. Erkr.
Hatte Ihr Kind die Windpocken? ☐ ja ☐ nein ☐ es wurde geimpft			Var
Sind bei Ihrem Kind Allergien nachgewiesen?	nein	ja	ALL
Hat Ihr Kind Heuschnupfen?	nein	ja	ALL
Hat Ihr Kind Asthma?	nein	ja	ALL
Besteht eine Neurodermitis / endogenes Ekzem?	nein	ja	Neur.
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen?	nein	ja	Schlaf
Schnarcht Ihr Kind?	nein	ja	Adeno
Atmet Ihr Kind überwiegend durch den Mund?	nein	ja	Adeno
Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?	nein	ja	Knirsch
Macht Ihnen das Essverhalten Sorgen?	nein	ja	Ess
Nässt Ihr Kind manchmal noch ein?	nein	ja	Enur