

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

Vom Mitarbeiter auszufüllen

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

→ bitte wenden

|                                                     | nein                     | ja                    |             |
|-----------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------|-------------|
| Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit der Stimmung?      | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <b>Emot</b> |
| Hat Ihr Kind Schwierigkeiten in der Konzentration?  | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <b>Konz</b> |
| Hat Ihr Kind Schwierigkeiten im Verhalten?          | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <b>Soz.</b> |
| Hat Ihr Kind Schwierigkeiten im Umgang mit Anderen? | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <b>Soz.</b> |

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        | <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
☐ 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?<br><input type="radio"/> bewegt sich gerne <input type="radio"/> mit Freunden spielen <input type="radio"/> Computer/Spielekonsolen<br><input type="radio"/> Musik, Malen, Basteln <input type="radio"/> Fernsehen <input type="radio"/> _____ |      |      | Freiz        |
| Wie viel Zeit bewegt es sich täglich? <input type="radio"/> < 1 Stunde <input type="radio"/> 1-3 Stunden <input type="radio"/> > 3 Stunden                                                                                                                                                        |      |      | Freiz        |
| Wie viel Zeit verbringt es täglich vor Bildschirmen? <input type="radio"/> < 1 Stunde <input type="radio"/> 1-3 Stunden <input type="radio"/> > 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?<br>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       |
| Fördermaßnahmen? (Förderunterricht, Nachhilfe, Nachteilsausgleich)                                                                                                                                                                                                                                | 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?<br><input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Großeltern <input type="radio"/> Hort/Tagesstätte <input type="radio"/> _____                                                                                             |      |      | 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?<br>Wenn ja, welche? _____<br>Wie sehr ist Ihr Kind im Alltag dadurch beeinträchtigt?<br><input type="radio"/> gar nicht <input type="radio"/> kaum <input type="radio"/> deutlich <input type="radio"/> massiv                                           | nein | ja   | Chron. Erkr. |
| Hatte Ihr Kind die Windpocken? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> 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         |