



Fragebogen zu Stärken und Schwächen Ihres Kindes

Name des Kindes

Name, Vorname

Geb.-Datum

Ausgefüllt von _____

- | | | | |
|---|-------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Ihr Kind ist rücksichtsvoll | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> nein |
| Es teilt gerne mit anderen Kindern (Spielzeug, Süßigkeiten, Buntstifte...) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> nein |
| Es ist hilfsbereit, wenn andere krank, verletzt oder traurig sind | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist lieb zu jüngeren Kindern | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> nein |
| Es hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> nein |
| Ihr Kind ist unruhig, überaktiv, kann nicht lange still sitzen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> ja |
| Es ist 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 Konzentration | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> nein |
| Ihr Kind 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 |
| Ist 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 |
| Ist nervös, anklammernd in neuen Situationen, verliert leicht das Selbstvertrauen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> ja |
| Ihr Kind wird schnell wütend | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> ja |
| Ist 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 schummelt 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 |



Ihr Kind ist Einzelgänger, spielt meist allein nein teilweise ja

Hat wenigstens einen guten Freund/Freundin ja teilweise nein

Ist im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt ja teilweise nein

Wird von anderen gehänselt oder schikaniert nein teilweise ja

Kommt besser mit Erwachsenen zurecht, als mit anderen Kindern nein teilweise ja

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?

Zu Hause gar nicht kaum deutlich schwer

mit Freunden gar nicht kaum deutlich schwer

im Unterricht gar nicht kaum deutlich schwer

in der Freizeit gar nicht kaum deutlich schwer

Stellen die Schwierigkeiten eine Belastung für Sie oder die gesamte Familie dar? keine Belastung leichte Belastung deutliche Belastung schwere Belastung