



Fragebogen zur U10 (Eltern)			
in Anlehnung an Mannheimer Fragebogen MEF für 6-13 jährige zur U10			
Name (Kind):			
Geburtsdatum:		ausgefüllt am:	
ausgefüllt von (selbst/Mutter/Vater/Sonstige):			
Allgemeine Entwicklung			
Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn Talente/Interessen/Hobbies ?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Welche ?
Ist Ihre Tochter/Ihr Sohn sportlich aktiv?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Sportart?
Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn gleichaltrige Freunde?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Sind Sie mit der Entwicklung zufrieden? (Skala: 1 = sehr, 6 = überhaupt nicht)			
Sind Sie mit dem schulischen Werdegang zufrieden? (Skala: 1 = sehr, 6 = überhaupt nicht)			
Familie			
Hat Ihr Kind Geschwister?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Wie viele?
Leben die Eltern getrennt?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Wo lebt das Kind ?	wechselnd <input type="checkbox"/>	Mutter <input type="checkbox"/>	Vater <input type="checkbox"/>
Sind beide Elternteile sorgeberechtigt ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	wer ?
Hat Ihre Tochter /Ihr Sohn ein eigenes Zimmer?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	zusammen mit
Gibt es häufig Anlass zu Auseinandersetzungen?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Anlass:
Wie schätzen Sie das Vertrauensverhältnis zu Ihrem Kind ein ? (Skala: 1 =stark; 6 = gering)			
Rauchen Sie?	Mutter Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vater Nein <input type="checkbox"/>
Gesundheit			
In der näheren Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister des Kindes) gibt es folgende Erkrankungen (bitte durchstreichen, was nicht stimmt): Herzerkrankungen / Schilddrüse / Übergewicht / psychische Erkrankungen / Sucht / sonstige:			
Sind im Verlauf der Entwicklung Probleme aufgetreten ?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Welche ?
Gab es bei Ihrem Kind bisher Operationen?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Welche ?
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Welche ?
Entwicklungsauffälligkeiten			
Gibt es Auffälligkeiten bei: Seh- und/oder Hörvermögen / Sprache / seelischer Entwicklung / im Umgang mit Anderen / Schwierigkeiten in der Schule / Schlafstörungen / Essstörungen, Gewichtsprobleme / Angstzustände / Probleme mit Suchtmitteln (Alkohol, Rauchen, Drogen) ? Wenn ja, welche:			

Teil 2 - HINWEIS ZUM AUSFÜLLEN!		
Wenn Sie Ihr Kind so einschätzen, dass es die Fragen mitbeantworten möchte, fragen Sie es bitte. Sollte Ihr Kind zurzeit Medikamente erhalten, die sein Verhalten verändern, beantworten Sie bitte die Fragen so, wie er sich verhält, wenn es <u>keine</u> Medikamente einnimmt.		
Mein Kind ... (in den letzten 6 Monaten)	stimmt	stimmt nicht
hat häufig Kopfschmerzen / Migräne		
hat Allergien, Unverträglichkeiten, welche:		
hat nervöse Angewohnheiten (z.B. häufiges Blinzeln, Zwinkern, Räuspern)		
kann schlecht einschlafen (d.h. liege mehr als eine Stunde wach)		
wacht häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen		
ist immer wieder in bestimmten Situationen sehr aufgeregt / stottert manchmal		
hat mehr als einmal im letzten halben Jahr eingenässt / ins Bett gemacht		
hat mehr als einmal im letzten halben Jahr tagsüber in die Hose gemacht		
mehr als einmal im letzten halben Jahr eingekotet		
ist sehr wählerisch beim Essen		
hat meistens wenig Appetit		
hat häufig Angst, dick zu werden		
hat aufgrund seines Essverhaltens mind. 5 kg abgenommen		
hat Übergewicht		

Mein Kind ... (in den letzten 6 Monaten)	stimmt	stimmt nicht
wird manchmal wegen seines Übergewichtes geärgert		
hat mit uns Eltern oft Streit		
macht, was es will, auch wenn wir Eltern anderer Ansicht sind		
wurde wegen des Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, einem Ausflug oder einer Klassenfahrt ausgeschlossen		
schwänzt manchmal die Schule		
streitet sich fast jeden Tag mit seinen Geschwistern		
wird von anderen Jugendlichen häufig geärgert, gehänselt, geprügelt		
wenn es mit anderen streitet, kommt es auch zu ernsthaften Verletzungen, Quälereien oder Drohungen!		
hat Angst vor anderen Kindern/Jugendlichen		
hat wenig Kontakt zu anderen Kindern/Jugendlichen		
wechselt häufig seine Freunde		
ist häufig leicht ablenkbar und unkonzentriert (bitte durchstreichen, wo es nicht zutrifft: Schule, Hausaufgaben, Gesellschaftsspielen (Karten- oder Brettspiele)		
ist in der Schule / Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen		
ist ängstlich		
Macht sich viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben, seine Gesundheit)		
wird dann manchmal vor lauter Aufregung „krank“		
hat Angst ...		
• vor Tieren: Spinnen, Mäusen, Hunden oder:		
• vor fremden Menschen (z.B. bei einer Einladung)		
• allein zuhause zu bleiben		
• vor Blitz, Donner oder Dunkelheit		
• vor der Schule / Aufgaben, die es dort lösen muss		
• vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut		
• oder Verletzungen		
ist übertrieben ordentlich		
hat fast täglich einen Wutanfall		
Wäscht sich oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind		
kontrolliert bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach (z.B. dass Türen oder Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist		
kaut oder reißt so stark die Fingernägel, dass es häufiger zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise freiliegt!		
ist mindestens einmal pro Woche für mindestens mehrere Stunden traurig oder niedergeschlagen		
Diese Stimmung steht für Außenstehende meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis		
ist nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn es traurig ist		
war schon einmal mind. 2 Wochen am Stück traurig oder niedergeschlagen		
hat sich schon mehrfach selbst verletzt / geritzt		
hat zuhause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolleres gestohlen		
hat schon mit Absicht Dinge, die ihm nicht gehören, zerstört oder beschädigt		
ist schon von zu Hause weggelaufen		
ist im Straßenverkehr oft unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten		
weigert sich meistens auch tagsüber bei Freunden / Verwandten zu bleiben		
ist häufig in der Schule / zuhause auflehnd und unkooperativ		
hat mich/uns Eltern / Lehrkräfte schon häufiger belogen		
schläft nachts im Elternbett, obwohl ich das nicht gern möchte		
weigert sich oft mit Erwachsenen zu sprechen, obwohl es gefragt wurde		
hat folgende, oben nicht genannte Verhaltensweisen/Probleme (ggf separates Blatt):		
Welche Fragen würden Sie gerne mit uns besprechen?		



Fragebogen zur U10 (Kind)			
Name (Kind):			
Geburtsdatum:		ausgefüllt am:	
ausgefüllt von (selbst/Mutter/Vater/Sonstige):			
Schule			
Auf welche Schule gehst Du ?			Klasse:
Bist Du mit Deinen Leistungen in der Schule zufrieden ?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Geht so <input type="radio"/>
Fühlst Du Dich in der Schule und der Klasse wohl ?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Geht so <input type="radio"/>
Gibt es Probleme in der Schule ?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Welche ?	
Hast Du einen Berufswunsch ?	Wenn ja, welchen ?		
Familie			
Hast Du Geschwister?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Wie viele?	
Verstehst Du Dich gut mit Deinen Geschwistern ?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	
Freunde			
Hast Du Freunde in Deinem Alter ?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	
Triffst Du Dich mit den Freunden außerhalb der Schule ?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	
Freizeit			
Hast Du besondere Talente/Interessen/Hobbies ?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Welche ?	
Bist Du sportlich aktiv?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Sportart?	
Wie viel Zeit verbringst Du mit elektronischen Medien (Handy/PC/Filme/Spiele/soziale Netzwerke) ?	Weniger als 1 Stunde/Tag <input type="radio"/>	1-3 Stunden / Tag <input type="radio"/>	Mehr als 3 Stunden / Tag <input type="radio"/>
Deine Einschätzung			
Fühlst Du Dich gesund ?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Welche ?	
Hast Du regelmäßig bestimmte Beschwerden ?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Welche ?	
Wie zufrieden bist Du mit Deinem Leben	Zufrieden <input type="radio"/>	Geht so <input type="radio"/>	Unzufrieden <input type="radio"/>
Möchtest Du mit uns etwas besprechen ?			