



Fragebogen zur U11 (Eltern)			
in Anlehnung an Mannheimer Fragebogen MEF für 6-13 jährige zur U11			
Name (Kind):		Geburtsdatum:	
ausgefüllt am:		von (Mutter/Vater/Sonstige):	
Allgemeine Entwicklung			
Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn Talente/Interessen/Hobbies ?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Welche ? _____	
Ist Ihre Tochter/Ihr Sohn sportlich aktiv?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Sportart? _____	
Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn gleichaltrige Freunde?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	
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="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Wie viele? _____	
Leben die Eltern getrennt?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	
Wo lebt das Kind ?	Mutter <input type="radio"/>	Vater <input type="radio"/>	wechselnd <input type="radio"/>
Sind beide Elternteile sorgeberechtigt ?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/> wer ? _____	
Hat Ihre Tochter /Ihr Sohn ein eigenes Zimmer?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/> zusammen mit _____	
Gibt es häufig Anlass zu Auseinandersetzungen?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Anlass: _____
Wie schätzen Sie das Vertrauensverhältnis zu Ihrem Kind ein ? (Skala: 1 =stark; 6 = gering)	_____		
Rauchen Sie?	Mutter Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Vater Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	
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="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Welche ? _____	
Gab es bei Ihrem Kind bisher Operationen?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Welche ? _____	
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Welche ? _____	
Hat Ihr Kind schon Anzeichen der Pubertät ?	Nein <input type="radio"/>	Schamhaar/Brust <input type="radio"/>	Regel/Stimmbruch <input type="radio"/>
Entwicklungsauffälligkeiten			
Gibt es Auffälligkeiten bei: Seh- oder Hörvermögen / Sprache / seelischer Entwicklung / im Umgang mit Anderen / Schwierigkeiten i. d.Schule / Schlafstörungen / Gewicht/Essen / Angstzustände / 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 keine Medikamente einnimmt.		
Mein Kind ... (in den letzten 6 Monaten)	stimmt	stimmt nicht
hat häufig Kopfschmerzen / Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hat Allergien, Unverträglichkeiten, welche:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hat nervöse Angewohnheiten (z.B. häufiges Blinzeln, Zwinkern, Räuspern)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kann schlecht einschlafen (d.h. liege mehr als eine Stunde wach)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wacht häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ist immer wieder in bestimmten Situationen sehr aufgeregt / stottert manchmal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hat mehr als einmal im letzten halben Jahr eingenässt / ins Bett gemacht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hat mehr als einmal im letzten halben Jahr tagsüber in die Hose gemacht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mehr als einmal im letzten halben Jahr eingekotet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ist sehr wählerisch beim Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hat meistens wenig Appetit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hat häufig Angst, dick zu werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hat aufgrund seines Essverhaltens mind. 5 kg abgenommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hat Übergewicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wird manchmal wegen seines Übergewichtes geärgert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mein Kind ... (in den letzten 6 Monaten)	stimmt	stimmt nicht
hat mit uns Eltern oft Streit	0	0
macht, was es will, auch wenn wir Eltern anderer Ansicht sind	0	0
wurde wegen des Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, einem Ausflug oder einer Klassenfahrt ausgeschlossen	0	0
schwänzt manchmal die Schule	0	0
streitet sich fast jeden Tag mit seinen Geschwistern	0	0
wird von anderen Jugendlichen häufig geärgert, gehänselt, geprügelt	0	0
wenn es mit anderen streitet, kommt es auch zu ernsthaften Verletzungen, Quälereien oder Drohungen!	0	0
hat Angst vor anderen Kindern/Jugendlichen	0	0
hat wenig Kontakt zu anderen Kindern/Jugendlichen	0	0
wechselt häufig seine Freunde	0	0
ist häufig leicht ablenkbar und unkonzentriert (bitte durchstreichen, wo es nicht zutrifft: Schule, Hausaufgaben, Gesellschaftsspielen (Karten- oder Brettspiele)	0	0
ist in der Schule / Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	0	0
ist ängstlich	0	0
Macht sich viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben, seine Gesundheit)	0	0
wird dann manchmal vor lauter Aufregung „krank“	0	0
hat Angst ...	0	0
• vor Tieren: Spinnen, Mäusen, Hunden oder:	0	0
• vor fremden Menschen (z.B. bei einer Einladung)	0	0
• allein zuhause zu bleiben	0	0
• vor Blitz, Donner oder Dunkelheit	0	0
• vor der Schule / Aufgaben, die es dort lösen muss	0	0
• vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut	0	0
• oder Verletzungen	0	0
ist übertrieben ordentlich	0	0
hat fast täglich einen Wutanfall	0	0
Wäscht sich oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind	0	0
kontrolliert bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach (z.B. dass Türen oder Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist	0	0
kaut oder reißt so stark die Fingernägel, dass es häufiger zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise freiliegt!	0	0
ist mindestens einmal pro Woche für mindestens mehrere Stunden traurig oder niedergeschlagen	0	0
Diese Stimmung steht für Außenstehende meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis	0	0
ist nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn es traurig ist	0	0
war schon einmal mind. 2 Wochen am Stück traurig oder niedergeschlagen	0	0
hat sich schon mehrfach selbst verletzt / geritzt	0	0
hat schon hin und wieder geraucht	0	0
hat schon mehrfach Alkohol getrunken	0	0
hat zuhause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolleres gestohlen	0	0
hat schon mit Absicht Dinge, die ihm nicht gehören, zerstört oder beschädigt	0	0
ist schon von zu Hause weggelaufen	0	0
ist im Straßenverkehr oft unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten	0	0
weigert sich meistens auch tagsüber bei Freunden / Verwandten zu bleiben	0	0
ist häufig in der Schule / zuhause auflehnd und unkooperativ	0	0
hat mich/uns Eltern / Lehrkräfte schon häufiger belogen	0	0
schläft nachts im Elternbett, obwohl ich das nicht gern möchte	0	0
weigert sich oft mit Erwachsenen zu sprechen, obwohl es gefragt wurde	0	0
hat folgende, oben nicht genannte Verhaltensweisen/Probleme (ggf separates Blatt):		
Welche Fragen würden Sie gerne mit uns besprechen?		



Fragebogen zur U11 (Kind)			
in Anlehnung an Mannheimer Fragebogen MEF für 6-13 jährige zur U10			
Name (Kind):			
Geburtsdatum:		am:	
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"/>	
Verstehst Du Dich gut mit Deinen Eltern ?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	
Kannst Du zuhause über Probleme reden ?	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"/>	
Kannst Du mit Deinen Freunden über Probleme reden ?	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"/>	
Hast Du regelmäßig bestimmte Beschwerden ?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Welche ?	
Hast Du bestimmte Essgewohnheiten (z.B. vegetarisch, Allergien/Unverträglichkeiten ?)	Nein <input type="radio"/>	Ja, ich esse kein:	
Bei Mädchen: Hattest Du schon Deine erste Regel ?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Wann ?
Wie zufrieden bist Du mit Deinem Leben	Zufrieden <input type="radio"/>	Geht so <input type="radio"/>	Unzufrieden <input type="radio"/>

Teil 2 - HINWEIS ZUM AUSFÜLLEN!		
Kreuze bitte an, ob die unten aufgeführten Probleme bei Dir in den letzten 6 Monaten aufgetreten sind. Solltest Du zurzeit Medikamente erhalten, die Dein Verhalten verändern, beantworte bitte die Fragen so, wie Du Dich verhältst, wenn Du keine Medikamente einnimmst.		
Ich ... (in den letzten 6 Monaten)	stimmt	stimmt nicht
habe häufig Kopfschmerzen / Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe Allergien, Unverträglichkeiten, welche:		
habe nervöse Angewohnheiten (z.B. häufiges Blinzeln, Zwinkern, Räuspern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kann schlecht einschlafen (d.h. liege mehr als eine Stunde wach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wache häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bin immer wieder in bestimmten Situationen sehr aufgeregt / stottere manchmal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe mehr als einmal im letzten halben Jahr eingenässt / ins Bett gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe mehr als einmal im letzten halben Jahr tagsüber in die Hose gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehr als einmal im letzten halben Jahr eingekotet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bin sehr wählerisch beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe meistens wenig Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe häufig Angst, dick zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich ... (in den letzten 6 Monaten)	stimmt	stimmt nicht
habe aufgrund meines Essverhaltens mind. 5 kg abgenommen		
habe Übergewicht		
werde manchmal wegen meines Übergewichtes geärgert		
habe mit meinen Eltern oft Streit		
wurde wegen meines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, einem Ausflug oder einer Klassenfahrt ausgeschlossen		
schwänze manchmal die Schule		
habe Angst davor, zur Schule zu gehen		
streite mich fast jeden Tag mit meinen Geschwistern		
werde von anderen Jugendlichen häufig geärgert, gehänselt, geprügelt		
wenn ich mit anderen streite kommt es auch zu ernsthaften Verletzungen, Quälereien oder Drohungen		
habe Angst vor anderen Jugendlichen		
habe wenig Kontakt zu anderen Jugendlichen		
wechsle häufig meine Freunde		
bin häufig leicht ablenkbar und unkonzentriert (bitte durchstreichen, wo es nicht zutrifft: Schule, Hausaufgaben, Gesellschaftsspielen (Karten- oder Brettspiele)		
bin in der Schule / Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen		
bin ängstlich		
mache mir viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.B. meine Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben, meine Gesundheit)		
werde dann manchmal vor lauter Aufregung „krank“		
habe 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 ich dort lösen muss		
• vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut		
• oder Verletzungen		
bin übertrieben ordentlich		
habe fast täglich einen Wutanfall		
wasche mir oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind		
kontrolliere bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach (z.B. dass Türen oder Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist		
kaue oder reiße so stark die Fingernägel, dass es häufiger zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise freiliegt!		
bin mindestens einmal pro Woche für mindestens mehrere Stunden traurig oder niedergeschlagen		
diese Stimmung steht für Außenstehende meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis		
bin nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn ich traurig bin		
war schon einmal mind. 2 Wochen am Stück traurig oder niedergeschlagen		
habe mich schon mehrfach selbst verletzt / geritzt		
habe schon hin und wieder geraucht		
habe schon mehrfach Alkohol getrunken		
habe zuhause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolleres gestohlen		
habe schon mit Absicht Dinge, die mir nicht gehören, zerstört oder beschädigt		
bin schon von zu Hause weggelaufen		
bin im Straßenverkehr oft unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten		
Möchtest Du mit uns etwas besprechen ?		