

Name, Vorname: geb. am: Datum:

Kreuze bitte an, ob die unten aufgeführten Probleme bei Dir in den letzten 6 Monaten aufgetreten sind. Mache bitte nur ein Kreuz in jeder Zeile. Lasse bitte keine Fragen aus.

		ja	nein	?
1.	habe Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	musste wegen Kopfschmerzen zum Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	leide unter asthmatischen Beschwerden oder einer chronischen Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	mache mir viele Sorgen über meine Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	habe manchmal nervöse Zuckungen, (Blinzel-, Räusper- oder Zwinkertic)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	kann schlecht einschlafen (liege mehr als 1Std.wach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	wache häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	muss bei starker Aufregung stottern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	habe mehr als einmal im letzten ½ Jahr ins Bett gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	habe mehr als einmal im letzten ½ Jahr eingekotet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	habe meistens nur wenig Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	bin sehr wählerisch beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	habe ständig Angst, dick zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	habe aufgrund meines Essverhaltens mind.7kg abgenommen und bin untergewichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	habe mindestens 10 kg Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	werde manchmal wegen meines Übergewichtes geärgert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	habe mit meinen Eltern oft Streit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	mache, was ich will, auch wenn meine Eltern anderer Ansicht sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	wurde wegen meines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, einem Ausflug oder Landheimaufenthalt ausgeschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	schwänze manchmal die Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	habe starke Angst davor zur Schule zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	streite mich fast jeden Tag mit meinem Geschwistern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	dabei kommt es auch zu ernsthaften Verletzungen, Quälereien oder Drohungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	werde von anderen Jugendlichen häufig geärgert, gehänselt, geprügelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	habe Angst vor anderen Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	habe überhaupt keinen Kontakt zu anderen Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	prügle mich manchmal mit anderen Kindern oder Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	wechsle häufig meine Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	bin in der Schule leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	bin bei den Hausaufgaben sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	bin bei Regelspielen sehr ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	bin in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	bin bei den Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	bin bei Regelspielen sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	bin im Straßenverkehr oft unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	bin beim Spielen oft vorschnell, unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	bin beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause oft sehr unüberlegt und vorschnell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	bin ängstlich, mache mir viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.	habe fast täglich einen Wutanfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	werde dann manchmal vor lauter Aufregung „krank“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	habe panische Angst vor....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-allein zuhause zu bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-vor fremden Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-vor Blitz, Donner oder Dunkelheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.	bin schon fast übertrieben ordentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.	wasche mir oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44.	kontrolliere bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach, (z.B. Fenster verschlossen usw...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name, Vorname:
geb. am:
Datum:

		ja	nein	?
45.	kaue oder reiße so stark die Fingernägel, dass es häufiger zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise frei liegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46.	bin mindestens einmal pro Woche für mindestens drei Stunden traurig oder niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47.	diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48.	bin nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn ich traurig bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.	war schon einmal mind. 2 Wochen am Stück traurig oder niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.	habe schon einmal ernsthaft daran gedacht mich umzubringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51.	habe schon gelegentlich geraucht -wenn ja wie viele pro Woche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52.	habe schon hin und wieder Alkohol getrunken -wenn ja wie häufig pro Woche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53.	bin mehrmals pro Monat angetrunken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54.	habe zuhause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolleres gestohlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55.	habe schon mindestens fünfmal wertvolle Dinge entwendet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56.	habe schon einmal mit Absicht Dinge, die mir nicht gehören, zerstört oder beschädigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57.	dabei ist ein Schaden von mindestens 30 Euro entstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58.	bin schon von zu Hause weggelaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59.	habe folgende oben nicht genannte Probleme:	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>		

Gemeinschaftspraxis Dipl. med. B. Werth Dr. med. U. Klug Pasewalk	Formular	Version 01	F-15
	Mannheimer Fragebogen* MEF J1	Stand: 27.05.2013	Seite 3/3

Name, Vorname: **geb. am:** **Datum:**

Beende bitte die Sätze

1. Vater
2. Ich habe Angst
3. Wenn ich älter bin
4. Meine Schularbeiten
5. Ich finde es scheußlich
6. Manchmal träume ich
7. Es ist mir peinlich
8. Es tut mir schrecklich leid
9. Andere Kinder
10. Die Lehrer
11. Im Dunkeln
12. Die meisten Jungen
13. Mich ärgert
14. Wenn ich alleine bin
15. Meine Geschwister
16. Die Schule
17. Die Erwachsenen
18. Ich brauche
19. Mutter
20. Ich kann nicht
21. Das einzig Dumme
22. Die meisten Mädchen
23. Hoffentlich
24. Meine größte Sorge
25. Ganz im Geheimen

Bemerkungen falls du welche hast:

Treibst Du Sport? Wenn ja, welche Sportart?

Spielst Du ein Instrument? Wenn ja, Welches?