

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. 2Wochen 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>		