

Jugenduntersuchung – Fragebogen zu Stärken und Schwächen Ihres Kindes

Name der/des Jugendlichen: _____

Datum: _____

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt „nicht zutreffend“, „teilweise zutreffend“, „eindeutig zutreffend“. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten.

Mein Kind ...	nicht zutreffend	teilweise zutreffend	eindeutig zutreffend
1. ist rücksichtsvoll.			
2. ist unruhig, überaktiv, kann nicht lange still sitzen.			
3. klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit.			
4. teilt gern mit anderen Jugendlichen (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.).			
5. hat oft Wutanfälle oder ist aufbrausend.			
6. ist Einzelgänger oder spielt meistens alleine.			
7. ist im Allgemeinen folgsam, macht meist, was Erwachsene verlangen.			
8. hat viele Sorgen, erscheint häufig bedrückt.			
9. ist hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind.			
10. ist ständig zappelig.			
11. hat mindestens einen guten Freund oder eine gute Freundin.			
12. streitet sich oft mit anderen Jugendlichen oder schikaniert sie.			
13. ist oft unglücklich oder niedergeschlagen, weint häufig.			
14. ist im Allgemeinen bei anderen Jugendlichen beliebt.			
15. ist leicht ablenkbar, unkonzentriert.			
16. ist nervös oder anklammernd in neuen Situationen oder verliert leicht das Selbstvertrauen.			
17. ist lieb zu jüngeren Jugendlichen.			
18. lügt oder mogelt häufig.			
19. wird von anderen gehänselt oder schikaniert.			
20. hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Jugendlichen).			
21. denkt nach, bevor es handelt.			
22. stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo.			
23. kommt besser mit Erwachsenen zurecht als mit anderen Jugendlichen.			
24. hat viele Ängste oder fürchtet sich leicht.			
25. führt Aufgaben zu Ende oder verfügt über eine gute Konzentrationsspanne.			

Gibt es noch etwas, das Sie erwähnen möchten?

Würden Sie sagen, dass Ihr Kind insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hat?

Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit anderen?

Nein **Ja, leichte Schwierigkeiten** **Ja, deutliche Schwierigkeiten** **Ja, massive Schwierigkeiten**

➡ Falls Sie diese Frage mit „Ja“ beantwortet haben, beantworten Sie bitte auch die folgenden Punkte:

1. Seid wann gibt es diese Schwierigkeiten?

Weniger als einen Monat **1 bis 5 Monate** **6 bis 12 Monate** **Über ein Jahr**

2. Leidet Ihr Kind unter diesen Schwierigkeiten?

Gar nicht **Kaum** **Deutlich** **Massiv**

3. Wird Ihr Kind durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche des Alltagslebens beeinträchtigt?

	Gar nicht	Kaum	Deutlich	Schwer
zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Freunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Unterricht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in der Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Stellen die Schwierigkeiten eine Belastung für Sie oder die gesamte Familie dar?

Keine Belastung **Leichte Belastung** **Deutliche Belastung** **Schwere Belastung**

Name _____

Unterschrift _____ Datum _____

Vater/Mutter/Sonstige (nicht Zutreffendes bitte streichen):

Vielen Dank für Ihre Hilfe!