

## Mannheimer Fragebogen zur J1/J2

Ich heiße \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Kreuze bitte wahrheitsgemäß an, ob die unten aufgelisteten Probleme bei Dir in den letzten 6 Monaten aufgetreten sind. Mache bitte nur ein Kreuz in jeder Zeile und lasse bitte keine Frage aus. Setze die Kreuze bitte nur in die Kästchen, nicht in die Zwischenräume.

Ich...	Stimmt	Stimmt nicht
1 habe Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 musste wegen Kopfschmerzen zum Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 leide unter asthmatischen Beschwerden oder unter einer chronischen Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 mach mir viele Sorgen über meine Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 habe manchmal nervöse Zuckungen (Blinzeltic, Zwinkertic)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 kann schlecht einschlafen (liege mehr als 1Std wach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 wache häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 muss bei Aufregung stottern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 habe mehr als einmal im letzten 1/2 Jahr ins Bett gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 habe mehr als einmal im letzten 1/2 Jahr eingekotet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 habe meist nur wenig Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 bin sehr wählerisch beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 habe ständig Angst, dick zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 habe aufgrund meines Essverhaltens mind 7kg. abgenommen und bin Untergewichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 habe mindestens 10kg Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 werde manchmal wegen meines Übergewichtes geärgert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 habe mit meinen Eltern oft Streit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 mache, was ich will, auch wenn meine Eltern anderer Ansicht sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 wurde wegen meines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, einem Ausflug oder eine Klassenfahrt ausgeschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



20	schwänze manchmal die Schule	[ ]	[ ]
21	habe starke Angst davor zur Schule zu gehen	[ ]	[ ]
22	streite mich fast jeden Tag mit meinen Geschwistern	[ ]	[ ]
23	beim Geschwisterstreit kommt es auch zu ernsthaften Verletzungen, Quälereien oder Drohungen	[ ]	[ ]
24	werde von anderen Jugendlichen häufig geärgert, gehänselt oder geprügelt	[ ]	[ ]
25	habe Angst vor Jugendlichen	[ ]	[ ]
26	habe überhaupt keinen Kontakt zu anderen Jugendlichen	[ ]	[ ]
27	prügle mich manchmal mit anderen Kindern oder Jugendlichen	[ ]	[ ]
28	wechsle häufig meine Freunde	[ ]	[ ]
29	bin in der Schule leicht ablenkbar und unkonzentriert	[ ]	[ ]
30	bin bei den Hausaufgaben sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert	[ ]	[ ]
31	bin bei Regelspielen sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert	[ ]	[ ]
32	bin in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	[ ]	[ ]
33	bin bei den Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	[ ]	[ ]
34	bin bei Regelspielen sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	[ ]	[ ]
35	bin im Straßenverkehr oft unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten	[ ]	[ ]
36	bin beim spielen oft vorschnell, unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten	[ ]	[ ]
37	bin beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause oft sehr unüberlegt und vorschnell	[ ]	[ ]
38	bin ängstlich, mache mir viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben,...)	[ ]	[ ]
39	habe täglich einen Wutanfall	[ ]	[ ]
40	werde dann manchmal vor Aufregung krank	[ ]	[ ]
41	habe panische Angst vor...	[ ]	[ ]
	Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten	[ ]	[ ]
	allein zu Hause zu bleiben	[ ]	[ ]



- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| vor fremden Menschen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| vor Blitz, Donner, Dunkelheit   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42 bin schon fast übertrieben ordentlichen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43 wasche mir oft die Hände obwohl sie längst sauber sind   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44 kontrolliere bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten (z.B. Fenster geschlossen, Herd ausgemacht,...)                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45 kaue oder reiße so stark an den Fingernägeln, dass es häufiger zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise frei liegt | <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"/> |
| 47 diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis   | <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"/> |
| 49 war schon einmal mindestens 2 Wochen am Stück traurig oder niedergeschlagen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50 habe schon einmal ernsthaft daran gedacht, mich umzubringen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51 rauche mindestens 1 Schachtel Zigaretten pro Woche   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52 trinke mehrmals pro Woche Alkohol  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53 bin mehrmals pro Monat angetrunken   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 54 habe zu Hause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolles gestohlen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 55 habe schon mindestens fünfmal wertvolle Dinge entwendet  | <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"/> |
| 57 dabei ist ein Schaden von mindestens 30€ entstanden  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 58 bin schon von zu Hause weggelaufen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 59 habe folgende Probleme, die oben nicht genannt sind:   |                          |                          |

Vielen Dank für Deine Mithilfe!  
Dein Praxisteam

