

Mannheimer Fragebogen zur U7a

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

ausgefüllt von: _____ am: _____

Kreuzen Sie bitte wahrheitsgemäß an, ob die unten aufgelisteten Probleme bei Ihrem Kind in den letzten 6 Monaten aufgetreten sind. Machen Sie bitte nur ein Kreuz in jeder Zeile und lassen Sie bitte keine Frage aus. Setzen Sie die Kreuze bitte nur in die Kästchen, nicht in die Zwischenräume.

| Mein Kind... | Stimmt | Stimmt nicht |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 kann mindestens dreimal pro Woche schlecht einschlafen (liegt mindestens 1 Stunde wach) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 wacht mindestens einmal pro Nacht auf und liegt dann mindestens eine Stunde wach | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 schläft nachts mit im Elternbett, obwohl wir das gar nicht gern sehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 hat meist nur wenig Appetit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 ist untergewichtig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 ist extrem wählerisch beim Essen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 kann sich schlecht von der Mutter trennen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 Dabei kommt es zu langem Schreien oder Weinen (mind. eine Viertelstunde) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 hat vor vielen Dingen panische Angst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 ist überaus schreckhaft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 ist sehr unruhig, zappelig und kann nicht still sitzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 ist mitunter beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 hat täglich einen Wutanfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 ist zu Hause ständig ungehorsam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 zerstört häufig Gegenstände | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 17 hat große Angst vor fremden Erwachsenen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 spricht fast jede fremde Person an | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 geht schon nach kurzer Zeit mit fremden Personen überall mit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 wehrt sich meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 ist häufig ohne Kontakt zu seiner Umgebung (blickt ins Leere, reagiert nicht) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Erkrankungen in der Familie:

Diabetes Schilddrüsenfunktionsstörung Hypercholesterinämie

Betreuung:

Zu Hause KiGa / KiTa Tagesmutter

Alleinerziehend?

Geschwisterzahl: _____

Wie viele Stunden am Tag verbringt ihr Kind mit TV / Video / PC / Spielekonsole / Tablet?

weniger als 1 Std. 1 -3 Std. mehr als 3 Std.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Praxisteam

