

Testfragen für ihr Kind zur U10

Name/Vorname des Kindes	
Geburtsdatum	
Ausgefüllt am	
Ausgefüllt von	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> _____

Mannheimer Elternfragebogen MEF

ANLEITUNG ZUM AUSFÜLLEN

Kreuzen Sie bitte an, ob die unten aufgeführten Probleme bei Ihrem Kind in den letzten 6 Monaten aufgetreten sind. Machen Sie bitte nur ein Kreuz in jeder Zeile, setzen Sie die Kreuze nur auf die Kästchen, nicht in die Zwischenräume und lassen Sie bitte keine Frage aus. Sollte Ihr Kind zurzeit Medikamente erhalten, die sein Verhalten verändern, beantworten Sie bitte die Fragen so, wie sich Ihr Kind verhält, wenn es keine Medikamente erhält.

	Mein Kind ...	JA	NEIN
1.	...hat Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	...musste wegen Kopfschmerzen zum Arzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	... leidet unter asthmatischen Beschwerden/chronischer Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	...will bei jeder „Kleinigkeit“ den Arzt aufsuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	...hat manchmal nervöse Zuckungen, z.B. Blinzeln-, Zwinkern-, Räuspertic.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	...weigert sich meistens auch tagsüber, bei Freunden oder Verwandten zu bleiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	...schläft nachts mit im Elternbett, obwohl ich das nicht gern sehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	... kann schlecht einschlafen, d.h. liegt mehr als eine Std. wach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	... wacht häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen- liegt mindestens eine Stunde wach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	... stottert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	... lispelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	... hat mindestens zweimal im letzten halben Jahr das Bett oder die Hose nass gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	... hat im letzten halben Jahr mindestens einmal eingekotet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	... hat meistens nur wenig Appetit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	... ist extrem wählerisch beim Essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	... hat ständig Angst, zu dick zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	... hat wegen seines Essverhaltens mindestens 7 kg abgenommen und ist untergewichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	... hat mindestens 10 kg Übergewicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	... wird wegen seines Übergewichts gehänselt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	... ist die meiste Zeit aufsässig und ungehorsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	... ist aufsässiger und ungehorsamer als andere Kinder seines Alters.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	... wurde wegen seines Verhaltens schon mal vom Schulbesuch, Ausflug oder Landheimaufenthalt ausgeschlossen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	... schwänzt manchmal die Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	... hat starke Angst davor, zur Schule zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	... streite sich fast jeden Tag mit seinen Geschwistern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	... dabei kommt es auch zu ernsthaften Verletzungen, Quälereien oder Drohungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	... wird von anderen Kindern häufig geärgert, gehänselt oder geprügelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	... hat Angst vor anderen Kindern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name/Vorname des Kindes			
Geburtsdatum			
29.	... hat überhaupt keinen Kontakt zu Gleichaltrigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	... prügelt sich häufig mit anderen Kindern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	... dabei ist es auch mal zu ernsthaften Verletzungen gekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	... wechselt häufig seine Freunde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	... ist in der Schule leicht ablenkbar und unkonzentriert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	... ist bei den Hausaufgaben sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	... ist bei Regelspielen (Karten-/Brettspiele) sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	... ist in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	... ist bei den Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	... ist bei Regelspielen (Karten-/Brettspielen) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.	... ist im Straßenverkehr sehr unüberlegt, vorschnell, unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	... ist draußen beim Spielen sehr unüberlegt, vorschnell, unvorsichtig, und riskant in seinem Verhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	... ist beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause sehr unüberlegt und vorschnell.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.	... hat täglich einen Wutanfall.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.	... ist überängstlich, macht sich viele Sorgen über zukünftige Ereignisse, z.B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben und wird dann manchmal vor lauter Aufregung „krank“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44.	... hat panische Angst vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45.	... hat panische Angst alleine zuhause zu bleiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46.	... hat panische Angst vor fremden Menschen, z.B. bei einer Einladung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47.	... hat panische Angst vor Blitz, Donner oder Dunkelheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48.	... hat panische Angst vor Zahnarzt, vor Spritzen, Blut oder Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.	... ist übertrieben ordentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.	... wäscht sich oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51.	... kontrolliert bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach, z.B. dass Türen oder Fenster verschlossen sind oder die Schultasche gepackt ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52.	... kaut oder reißt die Fingernägel, dass es häufig zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise freiliegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53.	... weigert sich oft, mit fremden Erwachsenen zu sprechen, auch wenn es etwas gefragt wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54.	... ist mindestens einmal pro Woche für mindestens drei Stunden traurig oder niedergeschlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55.	... diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56.	... war mindestens 2 Wochen traurig oder niedergeschlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57.	... ist nur schwer auf anderen Gedanken zu bringen, wenn es traurig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58.	... hat schon einmal ernsthaft gesagt, dass es sich umbringen will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59.	... hat schon gelegentlich geraucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.	... hat schon hin und wieder Alkohol getrunken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61.	... macht uns Probleme, weil es so oft lügt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62.	... hat zuhause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolles (Wert höher als 30€) gestohlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63.	... hat schon mindestens fünfmal weniger wertvolle Dinge entwendet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64.	... hat schon einmal mit Absicht Dinge, die ihm nicht gehören, zerstört bzw. beschädigt...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65.	... und dabei ist ein Schaden von mindestens 30€ entstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66.	... ist schon von zu Hause weggelaufen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67.	... zeigt folgende, oben nicht genannte, auffällige Verhaltensweisen: Bitte zusätzliches Blatt benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zutreffendes bitte ankreuzen