

Liebe Eltern !

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen aus. Er betrifft Verhaltensweisen Ihres Kindes während der letzten 6 Monate. Falls Sie mehr darüber wissen wollen; fragen Sie bitte Ihren Kinderarzt !

Vielen Dank !

		<b>Nie</b>	<b>Manchmal</b>	<b>Oft</b>
1	Klagt über Schmerzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Verbringt mehr Zeit allein .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Wird schnell müde, hat wenig Energie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Zappelig, kann nicht still sitzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Hat Schwierigkeiten mit Kindergärtner/Lehrer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Weniger interessiert an Schule/Kindergarten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Handelt wie von Motor getrieben .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Hat zu viel Tagträume .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Ist leicht ablenkbar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Fürchtet sich vor neuen Situationen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Fühlt sich traurig, unglücklich .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ist reizbar, ärgerlich .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Fühlt sich hoffnungslos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Kann sich schlecht konzentrieren .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Hat weniger Interesse an Freunden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Hat Raufereien mit anderen Kinder .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Fehlt in der Schule/im Kindergarten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Schulnoten/Leistungen werden schlechter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Ist bedrückt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Arztbesuche, bei denen der Arzt nichts Krankhaftes feststellt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Hat Schlafprobleme .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Macht sich viele Sorgen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Möchte mehr mit Ihnen zusammen sein als früher .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Hat das Gefühl, schlecht zu sein .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Geht unnötige Risiken ein .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Verletzt sich häufig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Hat offensichtlich weniger Spaß .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Verhält sich einem jüngeren Alter entsprechend .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Hält sich nicht an Regeln .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Zeigt keine Gefühle .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Hat kein Verständnis für Gefühle anderer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Ärgert andere .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Beschuldigt andere für eigene Schwierigkeiten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Nimmt sich Dinge, die ihm/ihr nicht gehören .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Kann nicht teilen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pediatric Symptom Check List (Jellinek et al. 1988)