

# SDQ - Fragebogen

Sortiert nach Bereichen

	2	1	0	Summe
Rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein	
Teilt gerne mit anderen Kindern (Spielzeug, Süßigkeiten, Buntstifte...)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein	
Hilfsbereit, wenn andere krank, verletzt oder betrübt sind	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein	_____
Lieb zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein	
Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein	

	0	1	2	
Unruhig, überaktiv, kann nicht lange still sitzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	
Ständig zappelig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	
Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	_____
Denkt nach, bevor es handelt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein	
Führt Aufgaben zu Ende, gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein	

Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	
Hat viele Sorgen, erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	
Oft unglücklich oder niedergeschlagen, weint häufig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	_____
Hat viele Ängste, fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	
Nervös, anklammernd in neuen Situationen, verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	

Hat oft Wutanfälle, ist aufbrausend	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	
Im Allgemeinen folgsam, macht meist was Erwachsene verlangen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein	
Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	_____
Lügt oder mogelt häufig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	
Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	

Einzelgänger, spielt meist allein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	
Hat wenigstens einen guten Freund/Freundin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein	
Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein	_____
Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	
Kommt besser mit Erwachsenen zurecht, als mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	

Auswertung: 1)gelb: ... 2) grün: ... 3) rot: ... 4) blau: ... 5) orange: ...

# FRAGEBOGEN ZU STÄRKEN UND SCHWÄCHEN (SDQ-Deu)

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

## Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit anderen?

nein       leichte Schwierigkeiten       Ja, deutliche Schwierigkeiten       Ja, massive Schwierigkeiten

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

### - Seit wann gibt es diese Schwierigkeiten?

weniger als 1 Monat       1-5 Monate       6-12 Monate       über ein Jahr

### - Leidet Ihr Kind unter diesen Schwierigkeiten?

gar nicht       kaum       deutlich       massiv

### - Wird Ihr Kind durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche des Alltagslebens beeinträchtigt?

	gar nicht	kaum	deutlich	schwer
Zu Hause	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit Freunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
im Unterricht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
in der Freizeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### - Stellen die Schwierigkeiten eine Belastung für Sie oder die gesamte Familie dar?

keine Belastung       leichte Belastung       deutliche Belastung       schwere Belastung

**Ausgefüllt von**      **Mutter**      /      **Vater**      /      **Sonstige**