

Und viele weitere Fragen – Sie entscheiden, was Sie beantworten.

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Mein Kind ...

Stimmt
nicht Stimmt

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. kann mind. dreimal pro Woche schlecht einschlafen
(liegt mind. eine Stunde wach) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. wacht mind. einmal pro Nacht auf und liegt dann mind. eine Stunde wach | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. schläft nachts mit im Elternbett, obwohl wir das nicht gern sehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. hat meistens 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. klagt bei Aufregungen häufig über Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. kann wegen dieser Bauchschmerzen nicht wie sonst spielen oder seine Freunde besuchen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. klagt mehrmals pro Woche über Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. kann wegen dieser Kopfschmerzen nicht wie sonst spielen oder seine Freunde besuchen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. hat Migräne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. hat Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. hat Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. stottert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. nässt mind. einmal pro Woche ein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. kotet mind. einmal pro Monat ein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. hat manchmal nervöse Zuckungen (z. B. Blinzeltic, Zwinkertic, Räuspertic) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. kaut Fingernägel ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. hat deswegen häufig blutende Verletzungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. kann sich sehr schlecht von der Mutter trennen ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. hat deswegen auch im Kindergarten Probleme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. hat panische Angst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - 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"/> |

Diese Seite kann in der Praxis des Kinder- und Jugendarztes bleiben.

Mannheimer Elternfragebogen (MEF) nach G. Esser und M. Laucht (Teil 1)

Mein Kind ...

- | | Stimmt nicht | Stimmt |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 23. ist mehrmals im Monat traurig, weinerlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. ist nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn es traurig ist | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. ist zu Hause beim Spielen leicht ablenkbar und unkonzentriert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. ist im Kindergarten sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. ist zu Hause (z. B. beim Essen) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. ist im Kindergarten sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. ist beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. rennt, ohne zu schauen, auf die Straße | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. hat täglich einen Wutanfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. ist zu Hause ständig ungehorsam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. ist im Kindergarten häufig ungehorsam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. hat Spaß daran, Dinge, die ihm nicht gehören, zu zerstören | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. quält manchmal Tiere | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. prügelt sich häufig mit anderen Kindern ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. hat daher häufiger blaue Flecken und kleinere Verletzungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. hat Angst vor fremden Erwachsenen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. hat Angst vor fremden gleichaltrigen Kindern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. nimmt auf dem Spielplatz zu fremden Kindern keinen Kontakt auf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. spricht fast jede fremde Person an | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. geht schon nach kurzer Zeit mit fremden Personen überallhin mit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. weigert sich oft, mit fremden Erwachsenen zu sprechen, auch wenn es etwas gefragt wird | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. sucht bei seinen Eltern keinen Trost, wenn es sich wehgetan hat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. kommt nicht zu seinen Eltern, wenn es Angst hat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. ist noch sehr unselbständig, kann sich schlecht selbst beschäftigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. hängt am Rockzipfel der Mutter, will nichts allein machen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. wehrt sich meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52. ist häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (blickt ins Leere, reagiert nicht) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53. ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 54. streitet sich jeden Tag mit seinen Geschwistern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 55. kann mit seinen Geschwistern nicht friedlich zusammen spielen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 56. ist in höchstem Maße eifersüchtig auf seine Geschwister | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ausgefüllt von Mutter Vater oder _____ am _____ (Datum)