

# Prävention im Kindesalter

## Elternbefragung Schwerpunkt Schule und Gesundheit

**Liebe Eltern,**

Sie benötigen etwa 20 bis 30 Minuten für die Beantwortung der Fragen.

Bitte lassen Sie sich von unbekanntem medizinischen Ausdrücken nicht verunsichern. Falls Ihr Kind diese Krankheit nicht hat/hatte, müssen Sie diese Bezeichnungen nicht kennen.

Einige Fragen erscheinen Ihnen eventuell für Ihr Kind nicht zutreffend. Kreuzen Sie bitte die Antwort an, die am ehesten für Ihr Kind zutrifft, und setzen Sie keine Kreuze zwischen die Kästchen. Sie können auch einzelne Fragen auslassen, die Sie nicht beantworten möchten oder können.

Sollten Sie eine Antwort korrigieren wollen, so streichen Sie diese durch, kreuzen die korrekte Antwort an und machen Sie zusätzlich einen Kreis um die neue Antwort.



## Allgemeine Fragen

1. Dieser Fragebogen wird ausgefüllt am: |\_\_|\_\_|. |\_\_|\_\_|. |2|0|\_\_|\_\_|  
Tag Monat Jahr

2. Wer beantwortet diesen Fragebogen?

- Mutter/Sorgeberechtigte    Großmutter    Pflegemutter  
 Vater/Sorgeberechtigter    Großvater    Pflegevater  
 Geschwister des Kindes    Andere Person, wer? \_\_\_\_\_

3. In welchem Jahr wurde Ihr Kind eingeschult? 20|\_\_|\_\_|

4. Wie alt war Ihr Kind bei Einschulung? \_\_\_\_\_ Jahre

5. Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt?

- Nein    Ja

6. Hat Ihr Kind eine Klasse übersprungen?

- Nein    Ja

7. Welche Klassenstufe besucht Ihr Kind aktuell?

2. Klasse    3. Klasse    4. Klasse   Sonstige: \_\_\_\_\_



### ACHTUNG:

Falls Ihr Kind aktuell die 2. oder 3. Klasse besucht ist die Befragung **heute** für Sie beendet. Wir werden Sie dann im nächsten Jahr erneut zur Befragung einladen.

**Bitte schicken Sie den Fragebogen trotzdem zurück!**

**A: Allgemeine Gesundheit**

1. Welche Körpergröße hat Ihr Kind aktuell? \_\_\_\_\_ cm

2. Welches Körpergewicht hat Ihr Kind aktuell? \_\_\_\_\_ kg

3. Hatte Ihr Kind in den letzten drei Monaten folgende gesundheitliche Beeinträchtigungen?  
(Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)

|                  | Nein                     | Ja, einmalig             | Ja, wiederholt           |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Kopfschmerzen    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bauchschmerzen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rückenschmerzen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahnschmerzen    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere Schmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Welche? \_\_\_\_\_

4. Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten

|  | Nein                     | Ja                       | Weiß nicht               |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| beim Atmen pfeifende oder keuchende Geräusche im Brustkorb?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| nachts einen trockenen Reizhusten, obwohl es keine Erkältung oder Bronchitis hatte?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niesanfalle oder eine laufende, verstopfte oder juckende Nase, obwohl es nicht erkältet war? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| einen juckenden Hautausschlag, der stärker oder schwächer über mindestens 6 Monate auftrat?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Wie oft traten Infekte bei Ihrem Kind in den letzten 12 Monaten auf?

Kein Infekt       1-3 Infekte       4-7 Infekte       8 Infekte oder mehr

6. Traten bei Ihrem Kind in den letzten 12 Monaten Läuse (Kopfläuse) auf?

Nein , kein Läusebefall       Ja, 1-2 Mal       Ja, öfter als 2 Mal

7. Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten allergische Reaktionen oder Unverträglichkeiten, nachdem es bestimmte Lebensmittel gegessen oder getrunken hat?

Nein       Ja       Weiß nicht

Falls ja, welche Lebensmittel hat Ihr Kind vermutlich nicht vertragen?

\_\_\_\_\_

**8. Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten folgende von einer/m Ärztin/Arzt diagnostizierte Krankheiten? (Mehrfachnennungen möglich)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergische Hautausschläge                   | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenleiden                       |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien                      | <input type="checkbox"/> Wurminfektionen                          |
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen                                 | <input type="checkbox"/> Tumor-/Krebserkrankung                   |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis                                | <input type="checkbox"/> Krampfleiden (Epilepsie)                 |
| <input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis                        | <input type="checkbox"/> Zerebralparese                           |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale                            | <input type="checkbox"/> Körperliche Behinderung (z.B. Rollstuhl) |
| <input type="checkbox"/> Vergrößerte Polypen (Adenoide)               | <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung                     |
| <input type="checkbox"/> Vergrößerte Mandeln (Tonsillen)              | <input type="checkbox"/> Entwicklungsverzögerung                  |
| <input type="checkbox"/> Chronische Harnwegsinfekte                   | <input type="checkbox"/> Lernbehinderung, Lernstörung             |
| <input type="checkbox"/> Sehstörung/Fehlsichtigkeit                   | <input type="checkbox"/> Angststörung, Depression, Psychose       |
| <input type="checkbox"/> Hörstörung                                   | <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADHS)     |
| <input type="checkbox"/> Sprachentwicklungsstörung                    | <input type="checkbox"/> Ticstörung                               |
| <input type="checkbox"/> schilddrüsenerkrankung                       | <input type="checkbox"/> Tourette Syndrom                         |
| <input type="checkbox"/> Blutkrankheit (z.B. Hämophilie, Thalassämie) | <input type="checkbox"/> Autismus                                 |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)          | <input type="checkbox"/> Emotionale Probleme                      |
| <input type="checkbox"/> Rheuma                                       | <input type="checkbox"/> Auffälliges Sozialverhalten              |
- Mein Kind hatte keine der genannten Krankheiten.

**9. Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten eine von einer/m Ärztin/Arzt diagnostizierte Krankheit, die hier nicht genannt wurde?**

- Nein       Ja

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Falls Ihr Kind an einer unter Frage 8 oder Frage 9 genannten Krankheiten leidet, haben Sie die Lehrerin/den Lehrer von dieser Krankheit informiert?

- Nein       Ja

**10. Hat sich Ihr Kind in den letzten 12 Monaten durch einen Unfall verletzt und musste deshalb ärztlich behandelt werden?**

- Nein       Ja

Falls ja, wie oft hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten einen Unfall? \_\_\_\_\_ Mal

**B: Diagnostik, Therapie und Förderung****1. Bei welchen Ärzten/Ärztinnen oder Therapeuten/Therapeutinnen war Ihr Kind in den letzten 12 Monaten? (Mehrfachnennungen möglich)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kinderärztin/-arzt            | <input type="checkbox"/> Chirurg/in                        |
| <input type="checkbox"/> Hausärztin/-arzt              | <input type="checkbox"/> Orthopädin/e                      |
| <input type="checkbox"/> Zahnärztin/-arzt              | <input type="checkbox"/> Urologin/e                        |
| <input type="checkbox"/> Kieferorthopädin/e            | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiater/in   |
| <input type="checkbox"/> Augenärztin/-arzt             | <input type="checkbox"/> Psychologe/in, Psychotherapeut/in |
| <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren-Ärztin/-Arzt | <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in                  |
| <input type="checkbox"/> Hautärztin/-arzt              |  |
| <input type="checkbox"/> bei anderen, welchen? _____   |  |

Mein Kind war bei keinem Arzt oder Therapeuten

**2. Von welchem Arzt wird Ihr Kind hauptsächlich betreut?**

- Allgemeinärztin/-arzt (Hausärztin/-arzt)     Kinderärztin/-arzt  
 Ärztin/Arzt einer Spezialambulanz

Beindet sich die Praxis/Spezialambulanz dieser/s betreuenden Ärztin/Arztes an Ihrem Wohnort?

- Nein             Ja

**3. Wurde bei Ihrem Kind in den letzten 12 Monaten ein Allergietest durchgeführt?**

- Nein             Ja

Falls ja, mit welchem Ergebnis?

- Unauffällig     Allergie festgestellt

**4. Wurde in den letzten 12 Monaten eine Entwicklungsdiagnostik durchgeführt? (z.B. durch ein Sozialpädiatrisches Zentrum, usw. )**

- Nein             Ja

Falls ja, wo? \_\_\_\_\_

mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

**5. Wurden bei Ihrem Kind in den letzten 12 Monaten folgende Behandlungen durchgeführt?**  
(Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)

|                                     | Nein                     | Ja                       | Genauere Angaben<br>(z.B. Ambulante Operationen, Polypentfernung) |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| Behandlung in einer Notfallambulanz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____   |
| Hausbesuch von einem Notarzt        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____   |
| Ambulante Operation                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____   |
| Stationäre Krankenhausbehandlung    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____   |
|                                     |                          |                          | Anzahl der Nächte:  __ __   |
| Reha- oder Kuraufenthalt            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____   |

**6. Wie häufig erhielt Ihr Kind bisher eine Antibiotika-Behandlung?**

- Bisher erhielt es keine Antibiotikabehandlung  
 1-3 Mal       4-6 Mal       mehr als 6 Mal       Weiß nicht  
 Wann erhielt es die erste Antibiotika-Behandlung? Mit \_\_\_\_\_ Jahren

**7. Hat Ihr Kind in den letzten 12 Monaten Naturheilmittel bekommen?**

- Nein       Ja       Weiß nicht

Falls ja, welche? (Mehrfachnennungen möglich)

- Pflanzliche Arzneimittel  
 Homöopathische Arzneimittel  
 Anthroposophische Arzneimittel  
 Andere Naturheilmittel, welche? \_\_\_\_\_

**8. Hat Ihr Kind zurzeit eine Brille, Sehhilfe, Hörgerät oder ein anderes Hilfsmittel?**

- Nein       Ja

Falls ja, welche? (Mehrfachnennungen möglich)

- Brille oder andere Sehhilfe  
 Hörgerät  
 Andere Hilfsmittel, nämlich: \_\_\_\_\_

**9. Benötigt oder nimmt Ihr Kind von einer/m Ärztin/Arzt verschriebene Medikamente (außer Vitamine)?** Nein  Ja

Falls ja, geschieht dies aufgrund einer Krankheit, Verhaltensstörung oder eines anderen gesundheitlichen Problems?

 Nein  Ja

Dauert dieses Problem bereits 12 Monate an oder ist eine Dauer von mindestens 12 Monaten zu erwarten?

 Nein  Ja**10. Braucht Ihr Kind mehr medizinische Versorgung, psychosoziale oder pädagogische Unterstützung, als es für Kinder in diesem Alter üblich ist?** Nein  Ja

Falls ja, geschieht dies aufgrund einer Krankheit, Verhaltensstörung oder eines anderen gesundheitlichen Problems?

 Nein  Ja

Dauert dieses Problem bereits 12 Monate an oder ist eine Dauer von mindestens 12 Monaten zu erwarten?

 Nein  Ja**11. Ist Ihr Kind in irgendeiner Art und Weise eingeschränkt oder daran gehindert, Dinge zu tun, die die meisten gleichaltrigen Kinder tun können?** Nein  Ja

Falls ja, geschieht dies aufgrund einer Krankheit, Verhaltensstörung oder eines anderen gesundheitlichen Problems?

 Nein  Ja

Dauert dieses Problem bereits 12 Monate an oder ist eine Dauer von mindestens 12 Monaten zu erwarten?

 Nein  Ja**12. Braucht oder bekommt Ihr Kind eine spezielle Therapie, wie z. B. Physiotherapie, Ergotherapie oder Sprachtherapie?** Nein  Ja

Falls ja, geschieht dies aufgrund einer Krankheit, Verhaltensstörung oder eines anderen gesundheitlichen Problems?

 Nein  Ja

Dauert dieses Problem bereits 12 Monate an oder ist eine Dauer von mindestens 12 Monaten zu erwarten?

 Nein  Ja

**13. Falls Ihr Kind eine spezielle Therapie oder Unterstützung brauchte, welche der folgenden Behandlungen oder Unterstützungen haben Sie und/oder Ihr Kind in den letzten 12 Monaten erhalten oder finden zurzeit statt? (Mehrfachnennungen möglich)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sprachtherapie (Logopädie)                         | <input type="checkbox"/> Erziehungsberatung              |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie                                       | <input type="checkbox"/> Familienhilfe                   |
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik                                   | <input type="checkbox"/> Integrationshilfe               |
| <input type="checkbox"/> Manuelle Therapie/Osteopathie                      | <input type="checkbox"/> Heilpädagogische Behandlung     |
| <input type="checkbox"/> Kieferorthopädische Behandlung                     | <input type="checkbox"/> Psychologische Beratung         |
| <input type="checkbox"/> Förderplan in der Schule                           | <input type="checkbox"/> Psychotherapie                  |
| <input type="checkbox"/> Fördermaßnahmen in der Schule                      | <input type="checkbox"/> Hilfen über das Jugendamt       |
| <input type="checkbox"/> Betreuung durch die „Schule für Kranke“            | <input type="checkbox"/> Ambulante Krankenpflege zuhause |
| <input type="checkbox"/> Andere Behandlungen bzw. Unterstützungen, nämlich: |  |

Keine Behandlungen/Unterstützungen

**Konnten in den letzten 12 Monaten empfohlene oder verordnete Behandlungen oder Unterstützungen nicht stattfinden?**

- Nein       Ja

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Warum? \_\_\_\_\_

## C: Ernährung, Bewegung und Freizeit

**1. Wie schätzen Sie aktuell den Appetit Ihres Kindes ein?**

- Mein Kind isst gut und muss nicht zum Essen ermuntert werden  
 Mein Kind isst sehr schlecht und muss häufig zum Essen ermuntert werden  
 Mein Kind isst sehr viel und muss im Essen gebremst werden

**2. Isst Ihr Kind überwiegend Produkte aus**

- Konventionellem Anbau  
 Biologischem Anbau  
 Biologisch-dynamischem Anbau (Demeter Richtlinien)

**3. Erhält Ihr Kind zurzeit eine besondere Ernährung oder Diät?**

- Nein       Ja

Falls ja, welche Ernährung bzw. Diät? \_\_\_\_\_

warum erhält es diese Ernährung bzw. Diät? \_\_\_\_\_

**4. Wie häufig spielt Ihr Kind aktuell ... (Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)**

|  | Fast jeden Tag           | 3-5x / Wo.               | 1-2x /Wo.                | Seltener                 | Nie                      |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| im Freien                                      | <input type="checkbox"/> |
| im Garten                                      | <input type="checkbox"/> |
| auf der Straße                                 | <input type="checkbox"/> |
| auf einem Spielplatz                           | <input type="checkbox"/> |
| in einem naturnahen Raum /Wald                 | <input type="checkbox"/> |
| <b>Wie häufig...</b>                           |                          |                          |                          |                          |                          |
| treibt Ihr Kind Sport in einem Verein?         | <input type="checkbox"/> |
| treibt Ihr Kind Sport außerhalb eines Vereins? | <input type="checkbox"/> |

**5. Gibt es in Ihrem Wohnumfeld genug Freiräume wie öffentliche Spielflächen, Grünflächen, Straßenräume oder Sportflächen innerhalb einer Entfernung von etwa 400m, die als Spiel-, Erlebnis- und Aufenthaltsraum nutzbar sind?**

Nein                       Ja                       Weiß nicht

**6. Wie viel Zeit verwendet Ihr Kind in der Regel wöchentlich außerhalb der Schule für die folgenden Tätigkeiten? (Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)**

|                            | Weniger als 1 Std.       | 1,5 Std.                 | Mehr als 5 Std.          | Weiß nicht               |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Malen oder Basteln         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kinderbücher ansehen/lesen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hörspiele anhören          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vorgelesene Geschichten    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**7. Besucht Ihr Kind eine Musikschule oder lernt es ein Instrument?**

Nein                       Ja

**8. Hat Ihr Kind Zugang zu einem Tablet/Laptop/PC? (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Zutreffende an)**

|                     | Nein                     | Ja                       | Zugang erhalten im Alter von |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Mit Internetzugang  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | __  Jahren                   |
| Ohne Internetzugang | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | __  Jahren                   |

**9. Hat Ihr Kind eines der folgenden Geräte im Kinderzimmer?**

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Zutreffende an)

|   | Nein                     | Ja                       | bekommen im Alter von |
|---|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Fernseher   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | __  Jahren            |
| Spielkonsole (z.B. Playstation) mit Internetzugang  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | __  Jahren            |
| Spielkonsole (z.B. Playstation) ohne Internetzugang | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | __  Jahren            |
| DVD-Player / Videorekorder                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | __  Jahren            |
| Computer / Laptop mit Internetzugang                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | __  Jahren            |
| Computer / Laptop ohne Internetzugang               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | __  Jahren            |

**10. Hat Ihr Kind ein eigenes Handy / Smartphone?**

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Zutreffende an)

|                     | Nein                     | Ja                       | bekommen im Alter von |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Mit Internetzugang  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | __  Jahren            |
| Ohne Internetzugang | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | __  Jahren            |

**11. Welche drei Computer- oder Videospiele spielt Ihr Kind momentan am liebsten?**

Bitte tragen Sie bis drei Computer- und Videospiele ein.

- Gar keine, denn mein Kind spielt solche Spiele nicht
- Ich weiß nicht, ob mein Kind solche Spiele spielt.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**12. Welche drei Fernseh-Sendungen schaut ihr Kind momentan am liebsten?**

Bitte tragen Sie bis zu drei Fernsehsendungen ein.

- Gar keine, denn mein Kind schaut kein Fernsehen.
- Ich weiß nicht, welche Fernseh-Sendungen mein Kind schaut.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**D: Wohlbefinden und gesundheitsbezogene Lebensqualität**

Bitte überlegen Sie, wie sich Ihr Kind in der letzten Woche gefühlt hat  
Kreuzen Sie in jeder Zeile die Antwort an, die für Ihr Kind am besten zutrifft

**1. Körperliches Wohlbefinden**

| <i>In der letzten Woche ...</i>           | Nie                      | Selten                   | Manchmal                 | Oft                      | Immer                    |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| hat mein Kind sich krank gefühlt          | <input type="checkbox"/> |
| hatte mein Kind Kopf- oder Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> |
| war mein Kind müde/schlapp                | <input type="checkbox"/> |
| hatte mein Kind viel Kraft und Ausdauer   | <input type="checkbox"/> |

**2. Seelisches Wohlbefinden**

| <i>In der letzten Woche ...</i>               | Nie                      | Selten                   | Manchmal                 | Oft                      | Immer                    |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| hat mein Kind viel gelacht und Spaß gehabt    | <input type="checkbox"/> |
| hatte mein Kind zu nichts Lust                | <input type="checkbox"/> |
| hat mein Kind sich allein gefühlt             | <input type="checkbox"/> |
| Hat mein Kind sich ängstlich/unsicher gefühlt | <input type="checkbox"/> |

**3. Selbstwert**

| <i>In der letzten Woche ...</i>           | Nie                      | Selten                   | Manchmal                 | Oft                      | Immer                    |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| war mein Kind stolz auf sich              | <input type="checkbox"/> |
| fühlte mein Kind sich wohl in seiner Haut | <input type="checkbox"/> |
| mochte mein Kind sich selbst leiden       | <input type="checkbox"/> |
| hatte mein Kind viele gute Ideen          | <input type="checkbox"/> |

**4. Familie**

| <i>In der letzten Woche ...</i>                      | Nie                      | Selten                   | Manchmal                 | Oft                      | Immer                    |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| hat mein Kind sich gut mit uns als Eltern verstanden | <input type="checkbox"/> |
| hat mein Kind sich zu Hause wohl gefühlt             | <input type="checkbox"/> |
| hatten wir schlimmen Streit zu Hause                 | <input type="checkbox"/> |
| fühlte mein Kind sich durch mich bevormundet         | <input type="checkbox"/> |

**5. Freunde**

| <i>In der letzten Woche ...</i>                                | Nie                      | Selten                   | Manchmal                 | Oft                      | Immer                    |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| hat mein Kind etwas mit Freunden zusammen gemacht              | <input type="checkbox"/> |
| ist mein Kind bei anderen „gut angekommen“                     | <input type="checkbox"/> |
| hat mein Kind sich gut mit seinen Freunden verstanden          | <input type="checkbox"/> |
| hatte mein Kind das Gefühl, dass es anders ist als die anderen | <input type="checkbox"/> |

**6. Schule**

| <i>In der letzten Woche, in der mein Kind in der Schule war...</i> | Nie                      | Selten                   | Manchmal                 | Oft                      | Immer                    |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| hat mein Kind die Aufgaben in der Schule gut geschafft             | <input type="checkbox"/> |
| hat meinem Kind der Unterricht Spaß gemacht                        | <input type="checkbox"/> |
| hat mein Kind sich Sorgen um seine Zukunft gemacht                 | <input type="checkbox"/> |
| hatte mein Kind Angst vor einer schlechten Beurteilung             | <input type="checkbox"/> |

**E: Schlafgewohnheiten**

| <b>1. Schlafenszeit</b>  | Gewöhnlich<br>5-7 mal/Wo. | Manchmal<br>2-4 mal/Wo.  | Selten/Nie<br>0-1 mal/Wo. |
|--|---------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Das Kind geht jeden Abend zur gleichen Zeit ins Bett.                                    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind schläft nach dem Zubettgehen innerhalb von 20 Minuten ein.                      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind schläft alleine im eigenen Bett ein   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind schläft im Bett der Eltern/der Geschwister ein.                                 | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind schläft mit schaukelnden/rhythmischen Bewegungen ein                            | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind benötigt ein bestimmtes Objekt, um einzuschlafen (Puppe, spezielle Decke, etc.) | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind braucht Mutter/Vater im Zimmer, um einzuschlafen                                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind ist zur Schlafenszeit bettfertig  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind sträubt sich zur Schlafenszeit ins Bett zu gehen                                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind kämpft beim Zubettgehen (weint, weigert sich im Bett zu bleiben, etc.)          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind hat Angst im Dunkeln zu schlafen  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind hat Angst alleine zu schlafen   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |

## 2. Schlafverhalten

Übliche Schlafmenge Ihres Kindes pro Tag: \_\_\_\_\_ Stunden \_\_\_\_\_ Minuten

(Gesamtschlafmenge aus Nacht und Tag)

|  | Gewöhnlich<br>5-7 mal/Wo. | Manchmal<br>2-4 mal/Wo.  | Selten/Nie<br>0-1 mal/Wo. |
|--|---------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Das Kind schläft zu wenig  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind schläft zu viel   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Die Schlafdauer des Kindes ist genau richtig   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind schläft jeden Tag ungefähr gleich viel  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind nässt nachts ein  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind redet während des Schlafes  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind ist ruhelos und bewegt sich oft während des Schlafes                                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind schlafwandelt während der Nacht   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind wechselt nachts in das Bett eines anderen (Eltern, Geschwister etc.)                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind berichtet von Schmerzen während des Schlafes:<br>Wenn ja, wo? _____                 | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind knirscht mit den Zähnen während des Schlafes  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind schnarcht laut  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind scheint während des Schlafes Atemaussetzer zu haben                                 | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind schnappt nach Luft oder atmet laut während des Schlafes                             | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind hat Schwierigkeiten bei anderen zu schlafen (Besuch bei Verwandten, Ferien)         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind klagt über Schlafprobleme   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind wacht nachts schreiend und schwitzend auf und kann nicht/nur schwer beruhigt werden | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind wacht durch einen beängstigenden Traum auf  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |

## 3. Nächtliches Erwachen

|  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Das Kind wacht einmal während der Nacht auf                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Das Kind wacht mehr als einmal während der Nacht auf                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Das Kind schläft nach dem Aufwachen ohne elterliche Unterstützung wieder ein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Notieren Sie hier die Minuten, die ein oder mehrere nächtliche Wachphasen gewöhnlich dauern:  
\_\_\_\_\_ Minuten

**4. Morgendliches Erwachen**

Notieren Sie hier die Uhrzeit, zu der das Kind gewöhnlich morgens aufwacht: \_\_\_\_\_ Uhr

|   | Gewöhnlich<br>5-7 mal/Wo. | Manchmal<br>2-4 mal/Wo.  | Selten/Nie<br>0-1 mal/Wo. |
|---|---------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Das Kind wacht von alleine auf                              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind wacht durch einen Wecker auf                       | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind wacht mit schlechter Laune auf                     | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Erwachsene oder die Geschwister wecken das Kind             | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind hat Schwierigkeiten morgens aus dem Bett zu kommen | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind braucht lange, um morgens munter zu werden         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind wacht sehr früh am Morgen auf                      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind hat morgens einen guten Appetit                    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |

**5. Tagesmüdigkeit**

|  | Gewöhnlich<br>5-7 mal/Wo. | Manchmal<br>2-4 mal/Wo.  | Selten/Nie<br>0-1 mal/Wo. |
|--|---------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Das Kind macht während des Tages ein/mehrere Schläfchen                              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind schläft plötzlich inmitten einer Tätigkeit (z.B. Spielen, Hausaufgaben) ein | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Das Kind erscheint müde  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |

**Wirkte Ihr Kind während der letzten Woche bei einer der folgenden Aktivitäten sehr schläfrig oder ist es eingeschlafen? Markieren Sie alles Zutreffende:**

|                  | Nicht<br>schläfrig       | Sehr<br>schläfrig        | Schläft<br>ein           |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Alleine spielen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fernsehen        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autofahren       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mahlzeiten essen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## F: Stärken und Schwächen

1. Bitte markieren Sie in jeder Zeile das Zutreffende. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten.

|  | Nicht<br>zutreffend      | Teilweise<br>zutreffend  | Eindeutig<br>zutreffend  |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Rücksichtsvoll   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unruhig, überaktiv, kann nicht lange still sitzen                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Klagt häufig über Kopfschmerzen/Bauchschmerzen/<br>Übelkeit                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Teilt gerne mit anderen Kindern<br>(Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einzelgänger; spielt meist allein  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Im Allgemeinen folgsam; macht meist, was<br>Erwachsene verlangen                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank<br>oder betrübt sind                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ständig zappelig   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat wenigstens eine(n) gute(n) Freund(in)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Streitet sich oft mit anderen Kindern<br>oder schikaniert sie                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leicht ablenkbar, unkonzentriert   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nervös oder anklammernd in neuen Situationen;<br>verliert leicht das Selbstvertrauen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liebt zu jüngeren Kindern  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lügt oder mogelt häufig  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wird von anderen gehänselt oder schikaniert  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hilft anderen oft freiwillig<br>(Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Denkt nach, bevor er/sie handelt   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stiehlt zuhause, in der Schule oder anderswo   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit Kindern                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**2. Wurden Sie von der Lehrerin/dem Lehrer auf motorische Unruhe Ihres Kindes in der Schule angesprochen?** Nein  Ja**3. Wurde bei Ihrem Kind eine Untersuchung/Diagnostik wegen Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADS) oder Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) durchgeführt?** Nein  Ja

Falls ja, wurde die Diagnose ADS oder ADHS bestätigt?

 Nein  Ja**4. Hat Ihr Kind emotionale, Entwicklungs- oder Verhaltensprobleme, für die es Behandlung bzw. Beratung benötigt oder bekommt?** Nein  Ja

Falls ja, dauert dieses Problem bereits 12 Monate an oder ist eine Dauer von mindestens 12 Monaten zu erwarten?

 Nein  Ja**5. Das Kind redet nur mit einzelnen vertrauten Personen, aber nicht mit anderen?** Nein  Ja**G: Fragen zum Schulbesuch****1. In welchem Bundesland besucht Ihr Kind die Schule?**

---

**2. Welchen Schultyp besucht Ihr Kind aktuell?** Grundschule  Schwerpunktschule  Förderschule**3. Besucht Ihr Kind eine staatliche oder eine Privatschule?** Staatliche Schule  Privatschule

Falls Ihr Kind eine Privatschule besucht, welche?

 Kirchliche Schule  Waldorfschule Andere, welche? 

---

**4. Hat Ihr Kind seit der Einschulung die Schule gewechselt?** Nein  Ja

Falls ja, wie häufig hat es die Schule gewechselt? \_\_\_\_ Mal

**5. Wurde Ihr Kind mit mindestens einer/einem Freund/in aus der Zeit vor der Grundschule gemeinsam eingeschult?**

Nein       Ja

**6. Wo verbringt Ihr Kind seine Zeit nach dem Unterricht?**

(Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)

|  | Nein                     | Ja, gelegentlich         | Ja, regelmäßig           |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Betreuung in Ganztagschule                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Betreuung im Hort oder Ähnlichem                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Betreuung durch Eltern                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Betreuung durch Großeltern oder andere Verwandte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Betreuung durch Tagesmutter oder Kinderfrau      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Betreuung durch Au-Pair oder Babysitter          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Betreuung durch Bekannte oder Nachbarn           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Andere Betreuung, welche? \_\_\_\_\_

**7. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf den Schulalltag Ihres Kind zu?**

| Mein/unser Kind ...  | Trifft nicht zu          | Trifft eher nicht zu     | Trifft eher zu           | Trifft zu                |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... erledigt seine Hausaufgaben weitgehend selbstständig.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... geht gern in die Schule.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... braucht viel Unterstützung bei den Hausaufgaben.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... hat viel Freude am Lernen in der Schule.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... braucht in schulischen Belangen oft Unterstützung.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... erledigt seine Hausaufgaben routiniert.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... erzählt gern davon, was es in der Schule gelernt hat.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... richtet mir zuverlässig Informationen (z. Bsp. Elternbriefe) aus der Schule aus.                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... versucht, die gelernten Dinge in seiner Umwelt anzuwenden (z.B. auf Verpackungen lesen; beim Einkaufen rechnen). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... beschäftigt sich lieber mit anderen Dingen als zu lernen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... kommt oft ermattet von der Schule nach Hause.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... kommt mit den schulischen Leistungsanforderungen gut zurecht.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... vergisst bei der Vorbereitung auf den nächsten Schultag meistens etwas.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Mein/unser Kind ...   | Trifft nicht zu          | Trifft eher nicht zu     | Trifft eher zu           | Trifft zu                |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... hat Schwierigkeiten beim Rechnen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... hat Schwierigkeiten beim Lesen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... hat Schwierigkeiten beim Schreiben.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... hat Schwierigkeiten im Sachkundeunterricht.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... ist von seinem Lernstand her in den meisten Fächern gut auf die nächste Klasse vorbereitet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meinem Kind macht die Schule Spaß.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**8. Hat Ihr Kind Einschränkungen bei einer der folgenden Tätigkeiten und Fertigkeiten des Alltags? (Bitte setzen Sie ein Kreuz zu jeder Aussage)**

|                             | Nein                     | Ja                       |                                   | Nein                     | Ja                       |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sich selbst Ankleiden       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Basteln                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sich selbst Schuhe anziehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erwachsenen zuhören können        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Selbst zur Toilette gehen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kommunizieren mit anderen Kindern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stifthaltung                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erledigen kleiner Verpflichtungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Malen                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lernmaterial nutzen               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pausenaktivitäten           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Teilnahme am Schulsport           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Andere Einschränkungen, nämlich: \_\_\_\_\_

**9. Braucht Ihr Kind für seine Tätigkeiten gewöhnlich mehr Zeit als andere Kinder?**

Nein       Ja       Weiß nicht

**10. Erhält Ihr Kind aktuell folgende Fördermaßnahmen in der Schule?**

(Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile.)

|   | Nein                     | Ja                       | Weiß nicht               |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Förderunterricht im Lesen, Schreiben, Rechnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonderpädagogische Förderung                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Integrationshilfe                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Förderturnen                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lese- oder Lernpatenschaften                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Förderplan                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Klasseninterne Differenzierungsmaßnahmen      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Andere, welche? \_\_\_\_\_

**11. Erhält Ihr Kind aktuell Fördermaßnahmen außerhalb der Schule?**

(Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)

|                               | Nein                     | Ja                       | Weiß nicht               | Falls ja, | 1x                       | 2x                       | 3x                       | 4x                       | 5x pro Woche             |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nachhilfe im Lesen, Schreiben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Falls ja, | <input type="checkbox"/> |
| Nachhilfe im Rechnen          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Falls ja, | <input type="checkbox"/> |
| Hausaufgabenbetreuung         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Falls ja, | <input type="checkbox"/> |

**12. Wurde in der Schule ein Förderplan für Ihr Kind erstellt?**

Nein       Ja       Weiß nicht

**13. Wurde bei Ihrem Kind sonderpädagogischer Förderbedarf überprüft?**

Nein       Ja       Weiß nicht

Falls ja, wurde sonderpädagogischer Förderbedarf festgestellt?

Nein       Ja       Weiß nicht

**14. Bitte notieren Sie aus dem letzten Jahreszeugnis Ihres Kindes folgende Informationen:**

a) Wie viele Fehltage hatte Ihr Kind im letzten Schuljahr? \_\_\_\_\_ Fehltage

b) Welche Note bzw. Punktzahl hatte Ihr Kind im letzten Zeugnis in...

|                                   | Note | bzw. Punktzahl / Wertung | Weiß nicht               |
|-----------------------------------|------|--------------------------|--------------------------|
| Deutsch                           | __   | _____                    | <input type="checkbox"/> |
| Mathematik                        | __   | _____                    | <input type="checkbox"/> |
| Sachunterricht                    | __   | _____                    | <input type="checkbox"/> |
| Musik                             | __   | _____                    | <input type="checkbox"/> |
| Sport                             | __   | _____                    | <input type="checkbox"/> |
| Bildende Kunst/Textiles Gestalten | __   | _____                    | <input type="checkbox"/> |
| Ethik/Religion                    | __   | _____                    | <input type="checkbox"/> |

## H: Soziodemografie

Für die Feststellung der Repräsentativität unserer Untersuchung benötigen wir auch noch einige demografische Angaben zu Ihrer Familie. Diese Fragen wurden zum Teil schon in den früheren Fragebögen gestellt. Heute möchten wir erfassen, ob sich in den letzten Jahren Veränderungen in dem Bereich ergeben haben. Auch hier dürfen Sie Fragen unbeantwortet lassen.

Bei den folgenden Fragen sind die Personen gemeint, die mit dem Kind in einem Haushalt leben. Mit der Bezeichnung „Mutter“ oder „Vater“ sind auch diejenigen Personen gemeint, die an die Stelle der leiblichen Eltern treten, z.B. Lebenspartnerin des Vaters, Stiefvater o.a.

### Bildung

#### 1. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

(Nennen Sie bitte nur den höchsten und bitte für beide Elternteile)

|   | Mutter                   | Vater                    |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Schule beendet ohne Schulabschluss                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Noch keinen Schulabschluss (Schüler)                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haupt- oder Volksschulabschluss                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Realschulabschluss (Mittlere Reife)                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Abitur) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anderen Schulabschluss                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### 2. Welchen höchsten beruflichen Abschluss haben Sie?

(Nennen Sie bitte nur den höchsten Abschluss. Bitte für beide Elternteile)

|   | Mutter                   | Vater                    |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Keinen Berufsabschluss und nicht in beruflicher Ausbildung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Noch in beruflicher Ausbildung<br>(Auszubildende/r, Student/in, Berufsvorbereitungsjahr)          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beruflich-betriebliche Ausbildung (Lehre) abgeschlossen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfach-, Handelsschule) abgeschlossen                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ausbildung an einer Fach-, Meister- oder Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bachelor an (Fach-) Hochschule abgeschlossen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstigen Abschluss an einer Fachhochschule oder Ingenieurschule                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstigen Abschluss an einer Universität oder Hochschule  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anderen Ausbildungsabschluss  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Berufliche Stellung****3. In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit hauptsächlich beschäftigt?**

(Wenn Sie zurzeit nicht berufstätig sind, nennen Sie bitte die berufliche Stellung, die Sie zuletzt innehatten.  
Bitte für beide Elternteile/Sorgeberechtigte angeben!)

| <b>Arbeiter/Arbeiterin</b>   | <b>Mutter</b>            | <b>Vater</b>             |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Ungelernte/r Arbeiter/in   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angelernte/r Arbeiter/in (teilqualifiziert)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gelernte/r Arbeiter/in und Facharbeiter  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vorarbeiter/in, Kolonnenführer/in  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meister/in, Polier/in, Brigadier/in  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Selbständige/Selbständiger</b>  |                          |                          |
| <b>Selbständige/r Landwirt/in bzw. Genossenschaftsbauer/bäuerin</b>  |                          |                          |
| ... mit einer landwirtschaftlich genutzten Fläche bis unter 10 ha  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... mit einer landwirtschaftlich genutzten Fläche von 10 ha u. mehr  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Akademiker/in im freien Beruf (Arzt/Ärztin, Rechtsanwalt/-anwältin, Steuerberater/in u.ä.) und habe/hatte ...</b>   |                          |                          |
| ... keine weiteren Mitarbeiter/innen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... 1 - 4 Mitarbeiter/innen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... 5 -und mehr Mitarbeiter/innen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Sonstige Selbständige (auch Ich-AG) und habe/hatte...</b>   |                          |                          |
| ... keine weiteren Mitarbeiter/innen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... 1 - 4 Mitarbeiter/innen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... 5 und mehr Mitarbeiter/innen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Angestellte/Angestellter...</b>   |                          |                          |
| ... mit ausführender Tätigkeit nach allg. Anweisung (z.B. Kassierer/in, Verkäufer/in, Datentypist/in, Pförtner/in o. ä.)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... mit qualifizierter Tätigkeit, die Sie nach Anweisung erledigen (z.B. Sachbearbeiter/in, Buchhalter/in technische/r Zeichner/in)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... mit eigenständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit bzw. mit Fachverantwortung für Personal (z.B. wiss. Mitarbeiter/in, Prokurist/in, Abteilungsleiter/in, Meister/in im Angestelltenverhältnis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... mit umfassender Führungstätigkeit u. Entscheidungsbefugnissen (z.B. Direktor/in, Geschäftsführer/in, Vorstand)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Beamter/Beamtin, Richter/in, Berufssoldat/in...   | Mutter                   | Vater                    |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ...im einfachen Dienst (bis einschließlich Oberamtsmeister/in)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...im mittleren Dienst (von Assistent/in bis Hauptsekretär/in, Amtsinspektor/in)                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...im gehobenen Dienst (von Inspektor/in bis einschl. Oberamtsrat/rätin)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...im höheren Dienst, Richter/in, Professor/in u. a. (von Rat/Rätin aufwärts)                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Mithelfende/r Familienangehörige/r</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Sonstiges</b><br>(z. B. Auszubildende/r, Lehrling, Schüler/in, Student/in, Praktikant/in, Hausfrau/Hausmann) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**4. In welchem Umfang sind Sie derzeit beruflich tätig?**

(Bitte für beide Elternteile angeben!)

|   | Mutter                   | Vater                    |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Nicht berufstätig   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Teilweise berufstätig<br>(z.B. Teilzeittätigkeit oder stundenweise Tätigkeit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Voll berufstätig  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Familie**

**5. Mit wie vielen älteren und jüngeren Geschwistern lebt das Kind zusammen?**

(auch Halbgeschwister, angeheiratete Geschwister und Kinder in Lebensgemeinschaft/ Patchwork-Familie)

Mein Kind lebt mit keinen Geschwistern zusammen

Mein Kind lebt mit |\_\_| älteren Geschwistern zusammen

Mein Kind lebt mit |\_\_| jüngeren Geschwistern zusammen

Mein Kind lebt mit |\_\_| gleichaltrigen Geschwistern zusammen

**6. Gab es seit der letzten Befragung wichtige familiäre Ereignisse?**

(Z.B. schwere Erkrankung oder Tod einer Bezugsperson)

---



---

**7. Leiden andere, gemeinsam mit dem Kind in einem Haushalt lebende Personen an einer chronischen Erkrankung?**

(z.B. Asthma, Depression, Behinderung, Krebserkrankung, usw.)

Nein

Ja

Welche Person?

Welche Krankheit?

|       |       |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

**8. Bei wem lebt das Kind hauptsächlich?**

bei den leiblichen Eltern

Bei einem Elternteil mit Partner/in

Bei einem alleinerziehenden Elternteil

Bei anderen Familienmitgliedern

Im Heim

Bei anderen Personen

*Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!*

Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beigegefügteten Umschlag und senden ihn an uns zurück

Mit herzlichen Grüßen

Ihr PIK-Team

