



ich komme in die Schule



UNIVERSITÄTSmedizin.
MAINZ

Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie
und Informatik (IMBEI)

Univ.-Prof. Dr. Susanne Singer
Kommissarische Leitung

Abteilung für Pädiatrische Epidemiologie
Univ.-Prof. Dr. med. Michael S. Urschitz, EU-M.Sc.
Abteilungsleiter

In Kooperation mit:

Studienkoordination ikidS-Waldorf
IPSUM - Außenstelle Oberursel
Dr. med. Martina Franziska Schmidt
Adenauerallee 19
D-61440 Oberursel
(Tel: Mo.14-17 Uhr, Fr. 9-12 Uhr)
Telefon: +49 (0)6171 887 2777
Telefax: +49 (0)6171 883 877
E-Mail: ikids-waldorf@t-online.de



Einschulung und Gesundheit - Forschung für Kinder

ikidS Waldorf (ich komme in die Schule)

Eltern-Fragebogen Nr. 3

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. Beispiel: Nein... Ja...

1. Dieser Fragebogen wird ausgefüllt am:

___ / ___ / ___
Tag Monat Jahr

2. Wer beantwortet diesen Fragebogen? (Mehrfachnennungen möglich)

Mutter/Sorgeberechtigte Großmutter..... Pflegemutter.... Geschwister des Kindes.....

Vater/Sorgeberechtigter..... Großvater Pflegevater..... Andere Person.....

Andere Person, nämlich: _____

A: Allgemeine Gesundheit

1. Welche Körpergröße hat Ihr Kind aktuell?

_____ cm

2. Welches Körpergewicht hat Ihr Kind aktuell?

_____ kg

3. Wie oft fehlte Ihr Kind seit der Befragung im November 2017 krankheitsbedingt in der Schule?

(Versuchen Sie die Anzahl der Tage aus Ihrer Erinnerung zu schätzen. Falls Ihr Kind keinen Tag gefehlt hat, tragen Sie bitte eine 0 ein.)

_____ Fehltage

4. 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, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten ... (Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)

	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"/>
... Niesanfälle 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"/>

6. 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 nicht vertragen?

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

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

8. Welche der folgenden Infektionskrankheiten hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten und wie oft? (Falls Ihr Kind keine dieser Krankheiten hatte, tragen Sie bitte jeweils eine 0 ein)

- Erkältung, grippaler Infekt Mal
- Mandelentzündung (Angina) Mal
- Herpes-Infektion: Bläschen an Lippen und/oder Nase Mal
- Pseudokrapp-Anfall Mal
- Mittelohrentzündung (Otitis media) Mal
- Durchfallerkrankung, Magen-Darm-Infektion Mal
- Lungenentzündung Mal
- Andere, welche? Mal

Wie oft hatte Ihr Kind bei diesen Krankheiten ...

- ... Fieber? Mal
- ... Fieberkrämpfe? Mal

9. Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten folgende von einem Arzt diagnostizierte Krankheiten? (Mehrfachnennungen möglich)

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

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten eine von einem Arzt diagnostizierte Krankheit, die hier nicht genannt wurde?

Nein... Ja...

Falls ja, welche? _____

10. Falls Ihr Kind an einer der unter Frage 9 genannten Krankheiten leidet, haben Sie die Lehrerin/den Lehrer über diese Krankheit informiert?

Nein ... Ja ...

11. Wie häufig neigte Ihr Kind in den letzten drei Monaten zu folgenden Auffälligkeiten?

(Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)

	Nie	Etwa 1-3Mal pro Monat	Etwa 1-2Mal pro Woche	Etwa 3-7Mal pro Woche	Mehrmals täglich
Mein Kind wurde leicht blass	<input type="checkbox"/>				
Mein Kind bekam leicht kalte Hände	<input type="checkbox"/>				

12. Hatte 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. Braucht Ihr Kind mehr medizinische Versorgung, psychosoziale und 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

2. Bei welchen Ärzten oder Therapeuten war Ihr Kind in den letzten 12 Monaten?

(Mehrfachnennungen möglich)

	Nein	Ja		Nein	Ja
Kinderarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chirurg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orthopäde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kieferorthopäde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendpsychiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HNO-Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anthroposophischer Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Arzt für Naturheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei anderen, nämlich: _____

Mein Kind war bei keinem Arzt oder Therapeuten

3. Von welchem Arzt wurde Ihr Kind in den letzten 12 Monaten hauptsächlich betreut?

Vom Allgemeinarzt (Hausarzt) ... Vom Kinderarzt Vom Arzt einer Spezialambulanz

Befindet sich die Praxis/Spezialambulanz dieses betreuenden Arztes an Ihrem Wohnort?

Nein... Ja...

Falls nein, in welchem Ort? _____

4. Wurden bei Ihrem Kind in den letzten 12 Monaten folgende Behandlungen durchgeführt?

(Mehrfachnennungen möglich)

Genauere Angaben (z.B. Ambulante Operation: Polypenentfernung)

Behandlung in einer Notfallambulanz _____

Hausbesuch von einem Notarzt _____

Ambulante Operation _____

Stationäre Krankenhausbehandlung _____ Anzahl der Nächte: _____

Reha- oder Kuraufenthalt

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

Nein... Ja...

Falls ja, mit welchem Ergebnis? Unauffällig... Allergie festgestellt...

6. Erhält das Kind zurzeit eine besondere Ernährung oder Diät?

Nein... Ja...

Falls ja, welche Ernährung bzw. Diät? _____

Falls ja, warum erhält es diese Ernährung bzw. Diät? _____

7. Wurde in den letzten 12 Monaten eine Entwicklungsdiagnostik durchgeführt?

(z.B. durch ein Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ))

Nein... Ja...

Falls ja, wo? _____

Falls ja, mit welchem Ergebnis? _____

8. Benötigt oder nimmt Ihr Kind vom 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

9. Erhielt Ihr Kind in den letzten 12 Monaten eine Antibiotika-Behandlung?

Nein... Ja...

Falls ja, wie häufig? ____ Mal

10. Hat Ihr Kind in den letzten 12 Monaten vom Arzt verschriebene Medikamente bekommen?

(z. B. Tabletten, Cremes, Sprays, Säfte, Badezusätze)

Nein... Ja...

Falls ja, wegen welcher Erkrankung?	Täglich	Bei Bedarf	Name und Stärke des Medikamentes Bitte von der Packung abschreiben	Dosierung pro Tag
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

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

(Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)

Pflanzliche Arzneimittel..... Nein... Ja...

Homöopathische Arzneimittel..... Nein... Ja...

Anthroposophische Arzneimittel..... Nein... Ja...

Andere Naturheilmittel, welche? _____

Falls Sie mindestens eine der Fragen mit Ja beantwortet haben:

Wegen welcher Erkrankung?	Täglich	Bei Bedarf	Name und Stärke des Medikamentes Bitte von der Packung abschreiben	Dosierung pro Tag
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

12. 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

13. Hat Ihr Kind bei einer der folgenden Tätigkeiten und Fertigkeiten des Alltags Einschränkungen? (Mehrfachnennungen möglich)

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

Andere Einschränkungen, nämlich: _____

Mein Kind hat keine Einschränkungen.....

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

Nein... Ja... Weiß nicht...

15. Hat Ihr Kind eine Brille, Sehhilfe, Hörgerät oder ein anderes Hilfsmittel?

(Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)

Brille oder andere Sehhilfe..... Nein Ja

Hörgerät..... Nein Ja

Andere Hilfsmittel, nämlich: _____

16. 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

17. Welche der folgenden Behandlungen oder Unterstützungen hat das Kind in den letzten 12 Monaten erhalten oder finden zurzeit statt? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Frühförderung..... | <input type="checkbox"/> | Sprachtherapie (Logopädie) | <input type="checkbox"/> |
| Sprachförderung im KiGa/KiTa..... | <input type="checkbox"/> | Ergotherapie | <input type="checkbox"/> |
| Erziehungsberatung..... | <input type="checkbox"/> | Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> |
| Familienhilfe..... | <input type="checkbox"/> | Psychologische Beratung | <input type="checkbox"/> |
| Integrationshilfe..... | <input type="checkbox"/> | Psychotherapie..... | <input type="checkbox"/> |
| Heilpädagogische Behandlung | <input type="checkbox"/> | Kieferorthopädische Behandlung..... | <input type="checkbox"/> |
| Heileurythmie | <input type="checkbox"/> | Manuelle Therapie/Osteopathie | <input type="checkbox"/> |
| Rhythmische Massage..... | <input type="checkbox"/> | Kunsttherapie..... | <input type="checkbox"/> |
| Musiktherapie | <input type="checkbox"/> | Sprachgestaltung..... | <input type="checkbox"/> |

Andere Behandlungen/Unterstützungen, nämlich: _____

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 häufig im Essen gebremst werden

2. Wie häufig... (Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)

... spielt Ihr Kind aktuell im Freien?	Fast jeden Tag	3-5x/ Woche	1-2x/ Woche	Seltener	Nie
Im eigenen Garten	<input type="checkbox"/>				
Auf der Straße	<input type="checkbox"/>				
Auf einem Spielplatz	<input type="checkbox"/>				
In einem naturnahen Raum/Wald.....	<input type="checkbox"/>				
... treibt Ihr Kind Sport in einem Verein?	<input type="checkbox"/>				
... treibt Ihr Kind Sport außerhalb eines Vereins?.....	<input type="checkbox"/>				

3. Wie viel Zeit verwendet Ihr Kind aktuell 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.	Ich weiß nicht
1. Malen oder Basteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kinderbücher ansehen / lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hörspiele anhören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vorgelesene Geschichten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Nein... Ja...

5. Hat Ihr Kind Zugang zu einem Tablet/Laptop/PC? (Bitte setzen Sie ein Kreuz zu jeder Aussage)

	Nein	Ja	Hat mein Kind bekommen als es...
Mit Internetzugang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Jahre alt war
Ohne Internetzugang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Jahre alt war

6. Hat Ihr Kind eines der folgenden Geräte im Kinderzimmer? (Bitte setzen Sie ein Kreuz zu jeder Aussage)

	Nein	Ja	Hat mein Kind bekommen als es...
Fernseher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Jahre alt war
Spielkonsole (z.B. Playstation) mit Internetzugang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Jahre alt war
Spielkonsole (z.B. Playstation) ohne Internetzugang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Jahre alt war
DVD-Player / Videorekorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Jahre alt war
Computer / Laptop mit Internetzugang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Jahre alt war
Computer / Laptop ohne Internetzugang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Jahre alt war

7. Hat Ihr Kind ein eigenes Handy / Smartphone? (Bitte setzen Sie ein Kreuz zu jeder Aussage)

	Nein	Ja	Hat mein Kind bekommen als es...
Mit Internetzugang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Jahre alt war
Ohne Internetzugang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Jahre alt war

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

Bitte tragen Sie bis zu 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. _____

9. Welche drei Fernsehsendungen 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 Fernsehsendungen 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
a. ... hat mein Kind sich krank gefühlt	<input type="checkbox"/>				
b. ... hatte mein Kind Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>				
c. ... war mein Kind müde und schlapp	<input type="checkbox"/>				
d. ... hatte mein Kind viel Kraft und Ausdauer	<input type="checkbox"/>				

2. Seelisches Wohlbefinden

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

3. Selbstwert

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

4. Familie

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

5. Freunde

<i>In der letzten Woche ...</i>	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
a. ... hat mein Kind etwas mit Freunden zusammen gemacht	<input type="checkbox"/>				
b. ... ist mein Kind bei anderen „gut angekommen“	<input type="checkbox"/>				
c. ... hat mein Kind sich gut mit seinen Freunden verstanden	<input type="checkbox"/>				
d. ... 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
a. ... hat mein Kind die Aufgaben in der Schule gut geschafft	<input type="checkbox"/>				
b. ... hat meinem Kind der Unterricht Spaß gemacht	<input type="checkbox"/>				
c. ... hat mein Kind sich Sorgen um seine Zukunft gemacht	<input type="checkbox"/>				
d. ... hatte mein Kind Angst vor einer schlechten Beurteilung	<input type="checkbox"/>				

7. Weitere Fragen zum Wohlbefinden

<i>In der letzten Woche ...</i>	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
a. ... war mein Kind fröhlich und gut gelaunt	<input type="checkbox"/>				
b. ... hat mein Kind sich körperlich gerne bewegt	<input type="checkbox"/>				
c. ... konnte mein Kind sich gut auf neue Situationen einstellen ...	<input type="checkbox"/>				
d. ... hatte mein Kind Schwierigkeiten mit Lehrern/Betreuern	<input type="checkbox"/>				
e. ... war mein Kind passiv, konnte wenig Initiative ergreifen	<input type="checkbox"/>				
f. ... hat mein Kind Konflikte mit anderen vermieden	<input type="checkbox"/>				
g. ... konnte mein Kind sich gegenüber anderen behaupten	<input type="checkbox"/>				
h. ... hat mein Kind wenig spontan bzw. zurückhaltend reagiert	<input type="checkbox"/>				
i. ... war mein Kind erschöpft	<input type="checkbox"/>				
j. ... war der Gang meines Kindes schwerfällig	<input type="checkbox"/>				
k. ... hat sich mein Kind nach Belastungen oder Anstrengungen gut erholen können	<input type="checkbox"/>				
l. ... haben die Mahlzeiten mein Kind belastet	<input type="checkbox"/>				
m. ... war mein Kind angestrengt	<input type="checkbox"/>				
n. ... war mein Kind desinteressiert oder teilnahmslos	<input type="checkbox"/>				
o. ... war mein Kind schlecht gelaunt und quengelig	<input type="checkbox"/>				

E: Schlafgewohnheiten

Die folgenden Aussagen betreffen die Schlafgewohnheiten Ihres Kindes und mögliche Schwierigkeiten mit dem Schlaf. Denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an die vergangene Woche im Leben Ihres Kindes. Wenn die letzte Woche aus irgendeinem Grund keine typische Woche für das Schlafverhalten Ihres Kindes darstellt (z. B. weil Ihr Kind krank war und deshalb besonders schlecht geschlafen hat oder weil es außergewöhnlich gut geschlafen hat), wählen Sie stattdessen bitte eine vergangene, typische Woche aus dem Leben Ihres Kindes.

1. Macht das Kind zurzeit noch regelmäßig (d.h. an mindestens 4 von 7 Tagen) einen Mittagsschlaf?

Nein... Ja... Weiß nicht...

Falls ja, wie lange schläft es dabei im Durchschnitt? _____ Minuten

Falls nein, macht es noch gelegentlich (d.h. an 1-3 von 7 Tagen) einen Mittagsschlaf?

Nein... Ja... Weiß nicht...

Falls nein, ruht es sich zurzeit mittags regelmäßig (d.h. an mindestens 4 von 7 Tagen) aus ohne zu schlafen?

Nein... Ja... Weiß nicht...

2. Zu welcher Uhrzeit ...

... geht das Kind an Wochentagen gewöhnlich zu Bett? _____ Uhr (hh:mm)

... steht das Kind an Wochentagen gewöhnlich morgens auf? _____ Uhr (hh:mm)

... geht das Kind am Wochenende oder in den Ferien gewöhnlich zu Bett? _____ Uhr (hh:mm)

... steht das Kind an Wochenenden oder in den Ferien gewöhnlich morgens auf?.. _____ Uhr (hh:mm)

3. Hat das Kind...

	Nein	Ja	Weiß nicht
... einen unruhigen Schlaf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... über unruhige Beine berichtet, wenn es im Bett ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... „Wachstumsschmerzen“ (nicht erklärbare Beinschmerzen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... „Wachstumsschmerzen“, die am stärksten sind, wenn das Kind im Bett ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Während das Kind schläft, haben Sie...

	Nein	Ja	Weiß nicht
... kurze Tritte eines oder beider Beine gesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sich wiederholende Tritte oder ruckartige Bewegungen der Beine in regelmäßigen Abständen (z.B. alle 20 bis 40 Sekunden) gesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antworten Sie mit **GEWÖHNLICH**, wenn eine Aussage **5 Mal oder öfter** pro Woche zutrifft;
 antworten Sie mit **MANCHMAL**, wenn eine Aussage **2-4 Mal** pro Woche zutrifft;
 antworten Sie mit **NIE/SELTEN**, wenn eine Aussage **nie oder 1 Mal** pro Woche zutrifft.

5. Schlafenszeit

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

6. Schlafverhalten

	Gewöhnlich 5-7 Mal/Woche	Manchmal 2-4 Mal/Woche	Nie/Selten 0-1 Mal/Woche
1. Das Kind schläft zu wenig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Das Kind schläft zu viel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Schlafdauer des Kindes ist genau richtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Das Kind schläft jeden Tag ungefähr gleich viel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Das Kind nässt nachts ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Das Kind redet während des Schlafes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Das Kind ist ruhelos und bewegt sich oft während des Schlafes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Das Kind schlafwandelt während der Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Das Kind wechselt nachts in das Bett eines anderen (Eltern, Geschwister etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Das Kind berichtet von Schmerzen während des Schlafes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wo? _____			
11. Das Kind knirscht mit den Zähnen während des Schlafes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Das Kind schnarcht laut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Das Kind scheint während des Schlafes Atemaussetzer zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Das Kind schnappt nach Luft oder atmet laut während des Schlafes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Gewöhnlich 5-7 Mal/Woche	Manchmal 2-4 Mal/Woche	Nie/Selten 0-1 Mal/Woche
15. Das Kind hat Schwierigkeiten bei anderen zu schlafen (Besuch bei Verwandten, Ferien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Das Kind klagt über Schlafprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Das Kind wacht nachts schreiend und schwitzend auf und kann nicht/nur schwer beruhigt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Das Kind wacht durch einen beängstigenden Traum auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Nächtliches Erwachen

	Gewöhnlich 5-7 Mal/Woche	Manchmal 2-4 Mal/Woche	Nie/Selten 0-1 Mal/Woche
1. Das Kind wacht einmal während der Nacht auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Das Kind wacht mehr als einmal während der Nacht auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 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 nächtliches Erwachen gewöhnlich dauert: _____ Minuten

8. Morgendliches Erwachen

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

9. Tagesmüdigkeit

	Gewöhnlich 5-7 Mal/Woche	Manchmal 2-4 Mal/Woche	Nie/Selten 0-1 Mal/Woche
1. Das Kind macht während des Tages ein/mehrere Schläfchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Das Kind schläft plötzlich inmitten einer Tätigkeit (z.B. Spielen, Hausaufgaben) ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Das Kind erscheint müde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wirkte Ihr Kind während der letzten Woche bei einer der folgenden Aktivitäten sehr schläfrig oder ist es eingeschlafen? Markieren Sie alles Zutreffende:			
	Nicht schläfrig	Sehr schläfrig	Schläft 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

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt „Nicht zutreffend“, „Teilweise zutreffend“ oder „Eindeutig zutreffend“. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten.

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
1. Rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Unruhig, überaktiv, kann nicht lange still sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Einzelgänger; spielt meist allein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Im Allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Lieb zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Lügt oder mogelt häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Denkt nach, bevor er/sie handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Hat ihr Kind emotionale, Entwicklungs- oder Verhaltensprobleme, für die es Behandlung bzw. Beratung benötigt oder bekommt?

Nein... Ja... Nein Ja
 Falls ja: Dauert dieses Problem bereits 12 Monate an oder ist eine Dauer von mindestens 12 Monaten zu erwarten?

27. Wurden sie von der Lehrerin/dem Lehrer auf motorische Unruhe und/oder auf mangelnde Aufmerksamkeit Ihres Kindes in der Schule angesprochen?

Nein... Ja...

28. 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...

G: Schulbesuch

1. Hat Ihr Kind seit der letzten Befragung im November 2017 die Schule gewechselt?

Nein... Ja...
 Falls ja, Name und Ort der neuen Schule: _____
 Falls ja, Grund des Schulwechsels: _____

2. Welche Klassenstufe besuchte Ihr Kind in den letzten 6 Monaten?

1. Klasse... Sonstige Klassenstufe: _____

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Fragen die Antwortkategorie an, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. (Bitte setzen Sie ein Kreuz in jeder Zeile)

3. Zufriedenheit mit der Schule: Wie sehr treffen aus Ihrer Sicht die folgenden Aussagen auf die Schule Ihres Kindes zu?

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
a. Ich schicke mein Kind gerne auf diese Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mein Kind fühlt sich in der Schule sicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ich bin mit der Qualität des Unterrichts, den mein Kind an dieser Schule erhält, zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. An unserer Schule fällt wenig Unterricht aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Der Vertretungsunterricht an unserer Schule ist gut organisiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Es gibt an dieser Schule gesunde Verpflegungsmöglichkeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Meine Zusammenarbeit mit den Lehrer/innen funktioniert gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Zufriedenheit mit der Klassenführung:
Wie sehr treffen aus Ihrer Sicht die folgenden Aussagen auf die Situation Ihres Kindes zu?

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
a. Mein Kind wird von den Lehrer/innen freundlich und gerecht behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Die Lehrer/innen kümmern sich darum, wie es meinem Kind geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Die Unterstützung durch die Lehrer/innen trägt zur positiven Entwicklung meines Kindes bei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Bei Lernschwierigkeiten bekommt mein Kind gezielte Tipps für die Arbeit zu Hause.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Die Schule hat bei meinem Kind Interessen geweckt (z. B. für bestimmte Themen und Hobbys).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Bewältigung des Schulalltags:
Inwieweit treffen aus Ihrer Sicht die folgenden Aussagen auf den Schulalltag Ihres Kindes zu?

<i>Mein/unser Kind...</i>	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
a. ... erledigt seine Hausaufgaben weitgehend selbstständig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... geht gern in die Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... braucht viel Unterstützung bei den Hausaufgaben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... hat viel Freude am Lernen in der Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ... braucht in schulischen Belangen oft Unterstützung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ... erledigt seine Hausaufgaben routiniert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ... erzählt gern davon, was es in der Schule gelernt hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ... richtet mir zuverlässig Informationen (z. Bsp. Elternbriefe) aus der Schule aus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ... 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"/>
j. ... beschäftigt sich lieber mit anderen Dingen, als zu lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. ... kommt oft sehr ermattet von der Schule nach Hause.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. ... kommt mit den schulischen Leistungsanforderungen gut zurecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. ... vergisst bei der Vorbereitung auf den nächsten Schultag meistens etwas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. ...hat Schwierigkeiten...				
beim Rechnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Schreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Sachkundeunterricht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. ... macht die Schule Spaß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. ... 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"/>

H: Soziodemografie

Damit unser Projekt als repräsentativ gelten kann, benötigen wir auch noch einige demografische Angaben zu Ihrer Familie. Diese Angaben unterliegen selbstverständlich auch dem Datenschutz, werden nicht an Dritte weitergegeben und ausschließlich im Rahmen von ikidS ausgewertet. Auch hier dürfen Sie Fragen unbeantwortet lassen

1. Mit wie vielen älteren und jüngeren Geschwistern lebt das Kind in einem gemeinsamen Haushalt zusammen? (Gemeint sind in diesem Fall auch Halbgeschwister und angeheiratete Geschwister)

Das Kind lebt mit keinen Geschwistern zusammen

Das Kind lebt mit _____ älteren Geschwistern zusammen

Das Kind lebt mit _____ jüngeren Geschwistern zusammen

Das Kind lebt mit _____ gleichaltrigen Geschwistern zusammen

2. Falls Sie zurzeit beruflich tätig sind, in welchem Umfang üben Sie diese Tätigkeit aus (Bei dieser Frage 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.Ä)

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

3. Wie hoch ist in etwa das monatliche Netto-Einkommen Ihres Haushalts insgesamt?

Bitte zählen Sie die monatlichen Einkommen aller Haushaltsmitglieder (einschließlich Elterngeld, Kindergeld usw.) nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben zusammen.

Das monatliche Nettoeinkommen unseres Haushalts beträgt etwa: _____ Euro.

Falls Sie den Betrag nicht kennen oder nicht nennen möchten, schätzen Sie ihn bitte anhand der folgenden Liste:

Unter 500 € pro Monat	<input type="checkbox"/>	2.000 bis unter 2.250 €	<input type="checkbox"/>
500 bis unter 750 €	<input type="checkbox"/>	2.250 bis unter 2.500 €	<input type="checkbox"/>
750 bis unter 1.000 €	<input type="checkbox"/>	2.500 bis unter 2.750 €	<input type="checkbox"/>
1.000 bis unter 1.250 €	<input type="checkbox"/>	2.750 bis unter 3.250 €	<input type="checkbox"/>
1.250 bis unter 1.500 €	<input type="checkbox"/>	3.250 bis unter 5.000 €	<input type="checkbox"/>
1.500 bis unter 1.750 €	<input type="checkbox"/>	5.000 bis unter 10.000 €	<input type="checkbox"/>
1.750 bis unter 2.000 €	<input type="checkbox"/>	10.000 € und mehr pro Monat	<input type="checkbox"/>

I: Fortsetzung des Projekts und Ihre weitere Teilnahme an ikidS

Mit diesem Fragebogen endet vorläufig Ihre Teilnahme am Projekt ikidS Waldorf! Wir werden die Gesundheits- und Schuldaten Ihres Kindes nun in den nächsten Monaten auswerten. Die gesundheitliche Entwicklung und die schulische Laufbahn gehen aber weiter. Deshalb planen wir, das Projekt fortzusetzen und die ikidS Waldorf Familien bis zum Ende der 4. Klasse weiter zu begleiten. Für Sie würde das bedeuten, am Ende der dritten und vierten Klasse einen Fragebogen auszufüllen.

Können Sie sich eine weitere Teilnahme an ikidS Waldorf vorstellen?

Ja ...

Ich bin noch unentschlossen ...

Nein ...

Falls ja oder unentschlossen, würden wir Ihnen innerhalb eines Jahres Informationen über die Fortsetzung des Projekts zusenden. Sie können dann in Ruhe eine weitere Teilnahme überlegen.

J: Abschließende Fragen

1. Gab es für Ihr Kind seit der letzten Befragung im November 2017 wichtige familiäre Ereignisse?
(z.B. schwere Erkrankung oder Tod einer Bezugsperson)

2. Leiden andere, gemeinsam mit Ihrem Kind in einem Haushalt lebende Personen an einer chronischen Erkrankung? (z.B. Asthma, Depression, Behinderung, Krebserkrankung)

Nein...

Ja...

Welche Person?

Welche Krankheit?

3. Falls Sie in den nächsten Monaten umziehen werden, geben Sie uns bitte Ihre neue Adresse bekannt:

Strasse

PLZ

Wohnort

Adressänderung ab wann? _____

4. Falls eine Namensänderung Ihres Kindes geplant ist, nennen Sie uns bitte den neuen Namen:
(z.B. Heirat der Eltern, Adoption)

Alter Name

Neuer Name

5. Gibt es vielleicht Anregungen und Kommentare, die Sie uns geben möchten?

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beigefügten Umschlag, verkleben Sie diesen und senden ihn bitte an uns zurück.

Mit herzlichen Grüßen
Ihr ikidS Waldorf Team

