

**Mannheimer Elternfragebogen MEF zur J2,  
bitte diesen Fragebogen sowie eine Urinprobe zum Termin mitbringen.**

Name und Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Anleitung zum Ausfüllen**

(Bitte direkt vom Jugendlichen auszufüllen)

Kreuz bitte an, ob die unten aufgeführten Probleme bei Dir in den letzten 6 Monaten aufgetreten sind. Mach bitte nur ein Kreuz in jeder Zeile, setze die Kreuze nur auf die Vierecke, nicht in die Zwischenräume und lasse bitte keine Frage aus. Solltest Du zurzeit Medikamente erhalten, die Dein Verhalten verändern, beantworte bitte die Frage so, wie Du dich verhältst, wenn Du keine Medikamente einnimmst.

**Die angegebenen Daten des Fragebogens werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.**

- Ich ...**
- |   |                                 |                                       |
|---|---------------------------------|---------------------------------------|
| 1. habe Migräne   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 2. musste wegen Kopfschmerzen zum Arzt  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 3. leide unter asthmatischen Beschwerden/chronischen Bronchitis   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 4. mache mir viele Sorgen über meine Gesundheit   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 5. habe manchmal nervöse Zuckungen (z.B. Blinzeltic, Zwinkertic, Räuspertic)  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 6. kann schlecht einschlafen (d.h. liege mehr als eine Stunde wach)   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 7. wache häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen<br>(liegt mindestens eine Stunde wach)              | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 8. muss bei starker Aufregung stottern  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 9. habe mehr als einmal im letzten halben Jahr ins Bett gemacht   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 10. habe mehr als einmal im letzten halben Jahr eingekotet  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 11. habe meistens nur wenig Appetit   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 12. bin sehr wählerisch beim Essen  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 13. habe ständig Angst, dick zu werden  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 14. habe aufgrund meines Essverhaltens mind. 7kg abgenommen und bin<br>untergewichtig                                   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 15. habe mindestens 10kg Übergewicht  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 16. werde manchmal wegen meines Übergewichtes geärgert  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 17. habe mit meinen Eltern oft Streit   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 18. mache, was ich will, auch wenn meine Eltern anderer Ansicht sind  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 19. wurde wegen meines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, einem Ausflug<br>oder Landheimaufenthalt ausgeschlossen | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 20. schwänze manchmal die Schule  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 21. habe starke Angst davor, zur Schule zu gehen  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 22. streite mich fast jeden Tag mit meinen Geschwistern   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 23. dabei kommt es auch zu ernsthaften Verletzungen, Quälereien oder Drohungen  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 24. werde von anderen Jugendlichen häufig geärgert, gehänselt, geprügelt  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 25. habe Angst vor anderen Jugendlichen   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 26. habe überhaupt keinen Kontakt zu anderen Jugendlichen   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 27. prügle mich manchmal mit anderen Kindern oder Jugendlichen  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 28. wechsle häufig meine Freunde  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 29. bin in der Schule leicht ablenkbar und unkonzentriert   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 30. bin bei den Hausaufgaben sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 31. bin bei Regelspielen (Karten- oder Brettspiele) sehr ablenkbar und unkonzentriert                                   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 32. bin in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 33. bin bei den Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 34. bin bei Regelspielen (Karten- oder Brettspiele) sehr unruhig, zappelig,<br>kann nicht stillsitzen                   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |

- |   |                                 |                                       |
|---|---------------------------------|---------------------------------------|
| 35. bin im Straßenverkehr oft unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 36. bin beim Spielen oft vorschnell, unvorsichtig u. riskant in meinem Verhalten  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 37. bin beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause oft sehr unüberlegt u. vorschnell   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 38. habe fast täglich einen Wutanfall   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 39. bin ängstlich, mache mir viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben)   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 40. werde dann manchmal vor lauter Aufregung „krank“  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 41. habe panische Angst vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 42. habe panische Angst allein zuhause zu bleiben   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 43. habe panische Angst vor fremden Menschen (z.B. bei einer Einladung)   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 44. habe panische Angst vor Blitz, Donner oder Dunkelheit   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 45. habe panische Angst vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 46. bin schon fast übertrieben ordentlich   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 47. wasche mir oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 48. kontrolliere bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach (z.B. dass Türen oder Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist) | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 49. kaue oder reiße so stark die Fingernägel, dass es häufiger zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise frei liegt                        | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 50. bin mindestens einmal pro Woche für mindestens drei Stunden traurig oder niedergeschlagen   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 51. diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 52. bin nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn ich traurig bin   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 53. war schon einmal mind. 2 Wochen am Stück traurig oder niedergeschlagen  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 54. habe schon einmal ernsthaft daran gedacht, mich umzubringen   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 55. rauche mind. 1 Schachtel Zigaretten pro Woche   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 56. trinke mehrmals pro Woche Alkohol   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 57. bin mehrmals pro Monat angetrunken  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 58. habe zuhause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolleres (Wert größer 30 € gestohlen)  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 59. habe schon mindestens fünfmal wertvollere Dinge entwendet   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 60. habe schon einmal mit Absicht Dinge, die mir nicht gehören, zerstört oder beschädigt  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 61. dabei ist ein Schaden von mindestens 30 € entstanden  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 62. bin schon von zu Hause weggelaufen  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 63. habe folgende, oben nicht genannte Probleme:  |                                 |                                       |