

## Mannheimer Elternfragebogen MEF zur U10/U11, diesen Fragebogen bitte zum vereinbarten Termin mit Urinprobe mitbringen.

Name und Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_\_\_  
ausgefüllt von: \_\_\_\_\_

### Anleitung zum Ausfüllen

Kreuzen Sie bitte an, ob die unten aufgeführten Probleme bei Ihrem Kind in den letzten 6 Monaten aufgetreten sind. Machen Sie bitte nur ein Kreuz in jeder Zeile, setzen Sie die Kreuze nur auf die Kreise, nicht in die Zwischenräume und lassen Sie bitte keine Frage aus. Sollte Ihr Kind zurzeit Medikamente erhalten, die sein Verhalten verändern, beantworten Sie bitte die Fragen so wie sich Ihr Kind verhält, wenn es keine Medikamente erhält.

**Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.**

### Mein Kind ...

- |   |                                 |                                       |
|---|---------------------------------|---------------------------------------|
| 1. hat 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. leidet unter asthmatischen Beschwerden/chronischen Bronchitis  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 4. will bei jeder „Kleinigkeit“ den Arzt aufsuchen  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 5. hat manchmal nervöse Zuckungen (z. B. Blinzel-, Zwinker-, Räuspertic)  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 6. weigert sich meistens auch tagsüber, bei Freunden/Verwandten zu bleiben  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 7. schläft nachts mit im Elternbett, obwohl ich das nicht gern sehe   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 8. kann schlecht einschlafen (d. h. liegt mehr als eine Stunde wach)  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 9. wacht häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen<br>(liegt mind. eine Stunde wach)                   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 10. stottert  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 11. lispelt   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 12. hat mind. 2x im letzten halben Jahr das Bett oder die Hose nass gemacht   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 13. hat im letzten halben Jahr mindestens einmal eingekotet   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 14. hat meistens nur wenig Appetit  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 15. ist extrem wählerisch beim Essen  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 16. hat ständig Angst zu dick zu werden   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 17. hat wegen seines Essverhaltens mind. 7 kg abgenommen u. ist untergewichtig  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 18. hat mindestens 10 kg Übergewicht  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 19. wird wegen seines Übergewichts gehänselt  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 20. ist die meiste Zeit aufsässig und ungehorsam  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 21. ist aufsässiger und ungehorsamer als andere Kinder seines Alters  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 22. wurde wegen seines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, einem Ausflug<br>oder Landheimaufenthalt ausgeschlossen | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 23. schwänzt manchmal die Schule  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 24. hat starke Angst davor zur Schule zu gehen  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 25. streitet sich fast jeden Tag mit seinen Geschwistern  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 26. dabei kommt es auch zu ernsthaften Verletzungen, Quälereien oder Drohungen  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 27. wird von anderen Kindern häufig geärgert, gehänselt, verprügelt   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 28. hat Angst vor anderen Kindern   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 29. hat überhaupt keinen Kontakt zu Gleichaltrigen  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 30. prügelt sich häufig mit anderen Kindern   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 31. dabei ist es auch schon mal zu ernsthaften Verletzungen gekommen  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 32. wechselt häufig seine Freunde   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 33. ist in der Schule leicht ablenkbar und unkonzentriert   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 34. ist bei den Hausaufgaben sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |

- |   |                                 |                                       |
|---|---------------------------------|---------------------------------------|
| 35. ist bei Regelspielen (Karten-/Brettspiele) sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 36. ist in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 37. ist bei den Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 38. ist bei Regelspielen (Karten-/Brettspiele) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 39. ist im Straßenverkehr sehr unüberlegt, vorschnell, unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 40. ist draußen beim Spielen sehr unüberlegt, vorschnell, unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 41. ist beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause sehr unüberlegt und vorschnell  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 42. hat täglich einen Wutanfall   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 43. ist überängstlich, macht sich viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben), wird dann manchmal vor lauter Aufregung „krank“ | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 44. Mein Kind hat panische Angst vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 45. Mein Kind hat panische Angst alleine zuhause zu bleiben   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 46. Mein Kind hat panische Angst vor fremden Menschen (z.B. bei einer Einladung)  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 47. Mein Kind hat panische Angst vor Blitz, Donner oder Dunkelheit  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 48. Mein Kind hat panische Angst vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 49. ist übertrieben ordentlich  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 50. wäscht sich oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 51. kontrolliert 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 |
| 52. kaut oder reißt 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 |
| 53. weigert sich oft mit fremden Erwachsenen zu sprechen, auch wenn es etwas gefragt wird   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 54. ist mindestens einmal pro Woche für mindestens drei Stunden traurig oder niedergeschlagen   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 55. diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 56. war mindestens 2 Wochen traurig oder niedergeschlagen   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 57. ist nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn es traurig ist  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 58. hat schon einmal ernsthaft gesagt, dass es sich umbringen will  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 59. hat schon gelegentlich geraucht   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 60. hat schon hin und wieder Alkohol getrunken  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 61. macht uns Probleme, weil es so oft lügt   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 62. hat zuhause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolleres (Wert größer 30 €) gestohlen   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 63. hat schon mindestens fünfmal weniger wertvolle Dinge entwendet  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 64. hat schon einmal mit Absicht Dinge, die ihm nicht gehören, zerstört/beschädigt  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 65. dabei ist ein Schaden von mindestens 30 € entstanden  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 66. ist schon von zu Hause weggelaufen  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| 67. zeigt folgende, oben nicht genannte, auffällige Verhaltensweisen:   |                                 |                                       |

Datum

Unterschrift