

Fragebogen zu Stärken und Schwächen(SDQ-Deu) Lehrer<sup>4-17</sup>

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworten Sie bitte alle Fragen, so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten des Kindes in diesem Schuljahr.

Name des Kindes \_\_\_\_\_

männlich/weiblich

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

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

Gibt es noch etwas, das Sie erwähnen möchten?

**Bitte umblättern**

Würden Sie sagen, dass dieses Kind insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hat:  
Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit Anderen?

- |                       |                                  |                                    |                                 |
|-----------------------|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| Nein                  | Ja<br>leichte<br>Schwierigkeiten | Ja<br>deutliche<br>Schwierigkeiten | Ja<br>massiv<br>Schwierigkeiten |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>           |

Falls Sie diese Frag mit "Ja" beantwortet haben, beantworten Sie bitte auch die folgenden Punkte:

- **Seit wann gibt es Schwierigkeiten?**

- |                            |                       |                       |                       |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Weniger als<br>einen Monat | 1-5<br>Monate         | 6-12<br>Monate        | Über<br>ein Jahr      |
| <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- **Leidet das Kind unter diesen Schwierigkeiten?**

- |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Gar nicht             | Kaum                  | Deutlich              | Massiv                |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- **Wird das Kind durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche beeinträchtigt?**

- |                      |                       |                       |                       |                       |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|                      | Gar nicht             | Kaum                  | Deutlich              | Massiv                |
| <b>Mit Freunden</b>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>Im Unterricht</b> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- **Stellen die Schwierigkeiten eine Belastung für Sie oder die gesamte Klasse da?**

- |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Keine                 | Leicht                | Deutlich              | Schwere               |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Unterschrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Anzahl der wöchentlichen Klassenstunden mit diesem Kind: \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Hilfe**

Fragebogen zu Stärken und Schwächen(SDQ-Deu) Eltern 4-17

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworten Sie bitte alle Fragen, so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten des Kindes in den letzten 6 Monaten.

Name des Kindes \_\_\_\_\_

männlich/weiblich

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

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

Gibt es noch etwas, das Sie erwähnen möchten?

**Bitte umblättern**

Würden Sie sagen, dass ihr Kind insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hat:  
Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit Anderen?

- |                       |                                  |                                    |                                 |
|-----------------------|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| Nein                  | Ja<br>leichte<br>Schwierigkeiten | Ja<br>deutliche<br>Schwierigkeiten | Ja<br>massiv<br>Schwierigkeiten |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>           |

Falls Sie diese Frag mit "Ja" beantwortet haben, beantworten Sie bitte auch die folgenden Punkte:

- **Seit wann gibt es Schwierigkeiten?**

- |                            |                       |                       |                       |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Weniger als<br>einen Monat | 1-5<br>Monate         | 6-12<br>Monate        | Über<br>ein Jahr      |
| <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- **Leidet Ihr Kind unter diesen Schwierigkeiten?**

- |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Gar nicht             | Kaum                  | Deutlich              | Massiv                |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- **Wird Ihr Kind durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche beeinträchtigt?**

- |                        |                       |                       |                       |                       |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|                        | Gar nicht             | Kaum                  | Deutlich              | Massiv                |
| <b>Zu Hause</b>        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>Mit Freunden</b>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>Im Unterricht</b>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>In der Freizeit</b> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- **Stellen die Schwierigkeiten eine Belastung für Sie o. die gesamte Familie dar?**

- |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Keine                 | Leicht                | Deutlich              | Schwere               |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
Vater/Mutter (nicht zutreffendes bitte streichen)

Datum: \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Hilfe