



KIDSCREEN-52

Gesundheitsfragebogen für Kinder und Jugendliche

Elternversion
für Österreich

Datum: _____
Monat Jahr

Liebe Eltern,

Wie geht es Ihrem Kind? Wie fühlt es sich? Das möchten wir gerne von Ihnen wissen.

Bitte überlegen Sie, wie es Ihrem Kind in der letzten Woche gegangen ist. Beantworten Sie dann bitte die folgenden Fragen, so wie Sie es von Ihrem Kind und seinen Erfahrungen wissen oder vermuten.

1. Gesundheit und Bewegung

Was denken Sie: Wie würde Ihr Kind seine Gesundheit im Allgemeinen beschreiben?

1.

- ☐ ausgezeichnet
- ☐ sehr gut
- ☐ gut
- ☐ weniger gut
- ☐ schlecht

Wenn Sie an die letzte Woche denken...

	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
2. Hat sich Ihr Kind fit und wohl gefühlt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Hat sich Ihr Kind viel bewegt (z.B. beim Laufen, Klettern, Fahrradfahren)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Konnte Ihr Kind gut laufen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn Sie an die letzte Woche denken...

	nie	selten	manchmal	oft	immer
5. Ist Ihr Kind voller Energie gewesen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Gefühle

Wenn Sie an die letzte Woche denken...

	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
1. Hatte Ihr Kind das Gefühl, dass sein Leben ihm gefällt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Hat sich Ihr Kind darüber gefreut, dass es am Leben ist?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ist Ihr Kind mit seinem Leben zufrieden gewesen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn Sie an die letzte Woche denken...

	nie	selten	manchmal	oft	immer
4. Hat Ihr Kind gute Laune gehabt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ist Ihr Kind fröhlich gewesen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Hat Ihr Kind Spaß gehabt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Stimmungen

Wenn Sie an die letzte Woche denken...

	nie	selten	manchmal	oft	immer
1. Hatte Ihr Kind das Gefühl, dass es alles verkehrt macht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Hat sich Ihr Kind traurig gefühlt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Hat Ihr Kind sich so schlecht gefühlt, dass es gar nichts machen wollte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Hatte Ihr Kind das Gefühl, dass in seinem Leben alles schief geht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Hat Ihr Kind die Nase voll gehabt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Hat Ihr Kind sich einsam gefühlt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Hat Ihr Kind sich unter Druck gefühlt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Wie findet Ihr Kind sich selbst?

Wenn Sie an die letzte Woche denken...		nie	selten	manchmal	oft	immer
1.	Ist Ihr Kind zufrieden gewesen, so wie es ist?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Ist Ihr Kind mit seiner Kleidung zufrieden gewesen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Hat sich Ihr Kind Sorgen über sein Aussehen gemacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	War Ihr Kind neidisch, wie andere Kinder und Jugendliche aussehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Würde Ihr Kind gerne etwas an seinem Körper verändern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Freizeit

Wenn Sie an die letzte Woche denken...		nie	selten	manchmal	oft	immer
1.	Hat Ihr Kind genug Zeit für sich selbst gehabt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Konnte Ihr Kind in seiner Freizeit die Dinge machen, die es tun wollte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Hatte Ihr Kind genug Möglichkeiten, draußen zu sein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Hat Ihr Kind genug Zeit gehabt, Freunde zu treffen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Konnte Ihr Kind selbst aussuchen, was es in seiner Freizeit macht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Familie und zu Hause

Wenn Sie an die letzte Woche denken...		überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
1.	Hat sich Ihr Kind durch seine Eltern verstanden gefühlt?	überhaupt nicht <input type="radio"/>	ein wenig <input type="radio"/>	mittelmäßig <input type="radio"/>	ziemlich <input type="radio"/>	sehr <input type="radio"/>
2.	Hatte Ihr Kind das Gefühl gehabt, dass seine Eltern es lieb haben?	überhaupt nicht <input type="radio"/>	ein wenig <input type="radio"/>	mittelmäßig <input type="radio"/>	ziemlich <input type="radio"/>	sehr <input type="radio"/>

Wenn Sie an die letzte Woche denken...		nie	selten	manchmal	oft	immer
3.	Ist Ihr Kind zu Hause glücklich gewesen?	nie <input type="radio"/>	selten <input type="radio"/>	manchmal <input type="radio"/>	oft <input type="radio"/>	immer <input type="radio"/>
4.	Hatte Ihr Kind das Gefühl, dass seine Eltern genug Zeit für es hatten?	nie <input type="radio"/>	selten <input type="radio"/>	manchmal <input type="radio"/>	oft <input type="radio"/>	immer <input type="radio"/>
5.	Hat sich Ihr Kind durch seine Mutter / seinen Vater gerecht behandelt gefühlt?	nie <input type="radio"/>	selten <input type="radio"/>	manchmal <input type="radio"/>	oft <input type="radio"/>	immer <input type="radio"/>
6.	Konnte Ihr Kind mit seinen Eltern reden, wenn es wollte?	nie <input type="radio"/>	selten <input type="radio"/>	manchmal <input type="radio"/>	oft <input type="radio"/>	immer <input type="radio"/>

7. Ihr Kind und Geld

Wenn Sie an die letzte Woche denken...		nie	selten	manchmal	oft	immer
1.	Hat Ihr Kind genug Geld gehabt, um das Gleiche zu machen wie seine Freunde?	nie <input type="radio"/>	selten <input type="radio"/>	manchmal <input type="radio"/>	oft <input type="radio"/>	immer <input type="radio"/>
2.	Hatte Ihr Kind genug Geld für die Sachen, die es braucht?	nie <input type="radio"/>	selten <input type="radio"/>	manchmal <input type="radio"/>	oft <input type="radio"/>	immer <input type="radio"/>

Wenn Sie an die letzte Woche denken...		überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
3.	Hat Ihr Kind das Gefühl, genug Geld zu haben, um Sachen mit seinen Freunden zu unternehmen?	überhaupt nicht <input type="radio"/>	ein wenig <input type="radio"/>	mittelmäßig <input type="radio"/>	ziemlich <input type="radio"/>	sehr <input type="radio"/>

8. Freunde

Wenn Sie an die letzte Woche denken...

	nie	selten	manchmal	oft	immer
1. Hat Ihr Kind Zeit mit seinen Freunden verbracht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Hat Ihr Kind mit anderen Kindern / Jugendlichen Sachen unternommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Hat Ihr Kind mit seinen Freunden Spaß gehabt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Haben Ihr Kind und seine Freunde sich gegenseitig geholfen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Konnte Ihr Kind mit seinen Freunden über alles reden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Hat Ihr Kind sich auf seine Freunde verlassen können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Schule und Lernen

Wenn Sie an die letzte Woche denken...

	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
1. Ist Ihr Kind in der Schule glücklich gewesen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ist Ihr Kind in der Schule gut zurechtgekommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ist Ihr Kind mit seinen Lehrern und Lehrerinnen zufrieden gewesen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn Sie an die letzte Woche denken...

	nie	selten	manchmal	oft	immer
4. Konnte Ihr Kind gut aufpassen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ist Ihr Kind gerne zur Schule gegangen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ist Ihr Kind gut mit seinen Lehrerinnen und Lehrern ausgekommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Ihr Kind und andere

Wenn Sie an die letzte Woche denken...

	nie	selten	manchmal	oft	immer
1. Hat Ihr Kind Angst vor anderen Kindern oder Jugendlichen gehabt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Haben sich andere Kinder oder Jugendliche über Ihr Kind lustig gemacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Haben andere Kinder oder Jugendliche Ihr Kind sekkiert (schikaniert)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>