



KIDSCREEN-52

Gesundheitsfragebogen für Kinder und Jugendliche

Elternversion
für die deutschsprachige Schweiz

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

1.

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

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

Wenn Sie an die letzte Woche denken...

2. Hat sich Ihr Kind fit und wohl gefühlt?

überhaupt nicht ein wenig mittelmässig ziemlich sehr

überhaupt nicht ein wenig mittelmässig ziemlich sehr
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3. Hat sich Ihr Kind viel bewegt (z.B. beim Rennen, Klettern, Velofahren)?

überhaupt nicht ein wenig mittelmässig ziemlich sehr

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4. Hat Ihr Kind gut rennen können?

überhaupt nicht ein wenig mittelmässig ziemlich sehr

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Wenn Sie an die letzte Woche denken...

5. Ist Ihr Kind voller Energie gewesen?

nie selten manchmal oft immer

nie selten manchmal oft immer
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

2. Gefühle

Wenn Sie an die letzte Woche denken...

1. Hat Ihr Kind das Gefühl gehabt, dass sein Leben ihm gefällt?

überhaupt nicht ein wenig mittelmässig ziemlich sehr

überhaupt nicht ein wenig mittelmässig ziemlich sehr
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

2. Hat sich Ihr Kind darüber gefreut, dass es am Leben ist?

überhaupt nicht ein wenig mittelmässig ziemlich sehr

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3. Ist Ihr Kind mit seinem Leben zufrieden gewesen?

überhaupt nicht ein wenig mittelmässig ziemlich sehr

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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. Hat Ihr Kind das Gefühl gehabt, 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. Hat Ihr Kind das Gefühl gehabt, 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.	Ist Ihr Kind neidisch gewesen, 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.	Hat Ihr Kind in seiner Freizeit die Dinge machen können, die es tun wollte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Hat Ihr Kind genug Möglichkeiten gehabt, 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.	Hat Ihr Kind selbst aussuchen können, 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.	Hat 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.	Hat Ihr Kind das Gefühl gehabt, 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.	Hat Ihr Kind mit seinen Eltern reden können, 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.	Hat Ihr Kind genug Geld gehabt 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. Hat Ihr Kind mit seinen Freunden über alles reden können?	<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. Hat Ihr Kind gut aufpassen können?	<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 geplatzt oder schikaniert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>