

Praxis für Kinder- und Jugendmedizin

Akademische Lehrpraxis der Universität Heidelberg

Dr. med. Silke Elsesser-Glaab

Dr. med. Wiebke Baur

Kathrin Weber

Angela Schwarz

Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin

Dr. med. Martin Kimmig

Facharzt Kinder-Jugendmedizin - Sportmedizin

Großbottwarer Str. 47

71720 Oberstenfeld

Tel.: 07062 3055 / Fax: 07062 23463

E-Mail: rezept@kinder-jugendarzt.info

www.kinder-jugendarzt.net

Dr. med. Martin Kimmig

DKB

IBAN: DE36 1203 0000 1018 3179 98

BIC: BYLADEM1001

Name des Kindes:

Klasse:

Liebe Lehrerin, lieber Lehrer,

anbei erhalten Sie die Fragebögen mit der Bitte, diese auszufüllen. Gerne können Sie die Bögen gemeinsam mit den Fachlehrerinnen und Fachlehrern bearbeiten.

Alternativ können die Fragebögen auch an die jeweiligen Fachlehrerinnen und Fachlehrer weitergegeben werden.

Bitte achten Sie auf eine vollständige und korrekte Ausfüllung der Bögen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Martin Kimmig

Beurteilungsbogen für Eltern, Lehrer und Erzieher: FBB- HKS

Name

Alter:

Datum:

beurteilt von: Vater

Mutter

Lehrer(in)

Erzieher(in)

Andere

Keine „Zwischenkreuze“! Jedes Feld ankreuzen!

Kreuzen sie bitte für jede Beschreibung zuerst die Zahl an, die angibt, wie zutreffend die Beschreibung für das Kind/ den (die) Jugendlichen ist und danach die Zahl, die angibt, wie problematisch Sie dieses Verhalten erleben.	Wie zutreffend ist die Beschreibung				Wie problematisch erleben Sie das Verhalten?			
	gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders	gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
Beachtet bei den Schularbeiten, bei anderen Tätigkeiten oder bei der Arbeit häufig Einzelheiten nicht oder macht häufig Flüchtigkeitsfehler.	0	1	2	3	0	1	2	3
Hat bei Aufgaben oder Spielen oft Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit längere Zeit aufrechtzuerhalten (dabei zu bleiben)	0	1	2	3	0	1	2	3
Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere sie/ihn ansprechen.	0	1	2	3	0	1	2	3
Kann häufig Aufträge von anderen nicht vollständig durchführen und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz häufig nicht zu Ende bringen.	0	1	2	3	0	1	2	3
Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.	0	1	2	3	0	1	2	3
Hat eine Abneigung gegen Aufgaben, bei denen sie/ er sich länger konzentrieren und anstrengen muss(z.B. Hausaufgaben). Vermeidet diese Aufgaben oder macht sie nur widerwillig.	0	1	2	3	0	1	2	3
Verliert häufig Gegenstände, die sie/ er für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten benötigt(z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug).	0	1	2	3	0	1	2	3
Lässt sich oft durch seine Umgebung (äußere Reize) leicht ablenken.	0	1	2	3	0	1	2	3
Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich (z.B. vergisst Schulsachen oder Kleidungsstücke).	0	1	2	3	0	1	2	3
Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht häufig auf dem Stuhl herum.	0	1	2	3	0	1	2	3
Steht oft im Unterricht oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.	0	1	2	3	0	1	2	3
Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen	0	1	2	3	0	1	2	3
Läuft häufig herum oder klettert permanent, wenn es unpassend ist.	0	1	2	3	0	1	2	3
Beschreibt ein häufig auftretendes starkes Gefühl der inneren Unruhe (besonders bei Jugendlichen).	0	1	2	3	0	1	2	3
Zeigt durchgängig eine extreme Unruhe, die durch die Umgebung oder durch Aufforderungen nicht dauerhaft beeinflussbar ist.	0	1	2	3	0	1	2	3
Ist häufig " auf Achse" oder handelt oft, als wäre sie/ er angetrieben.	0	1	2	3	0	1	2	3
Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor Fragen zu Ende gestellt sind.	0	1	2	3	0	1	2	3
Kann häufig nur schwer warten, bis sie/er an der Reihe ist (z.B. bei Spielen oder in einer Gruppe).	0	1	2	3	0	1	2	3
Unterbricht oder stört andere häufig (z.B. platzt in die Unterhaltung oder Spiele anderer hinein)	0	1	2	3	0	1	2	3
Redet häufig übermäßig viel.	0	1	2	3	0	1	2	3

Bitte wenden !

Wie zutreffend ist die Beschreibung?

Beantworten Sie bitte abschließend noch folgende Fragen, wenn zumindest eines der auf der ersten Seite beschriebenen Verhaltensprobleme für das Kind/ die (den) Jugendliche(n) zutrifft.		gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
A1	Die beschriebenen Verhaltensprobleme sind insgesamt sehr belastend.	0	1	2	3
A2	<u>Bei Schulkindern und berufstätigen Jugendlichen:</u> Beeinträchtigen die schulische oder berufliche Leistungsfähigkeit erheblich.	0	1	2	3
A2a	<u>Bei Vorschulkindern:</u> Die beschriebenen Verhaltensprobleme beeinträchtigen die Fähigkeit des Kindes erheblich, intensiv und ausdauernd zu spielen oder sich selbst zu beschäftigen.	0	1	2	3
A3	Die beschriebenen Verhaltensprobleme beeinträchtigen die Beziehungen zu Erwachsenen, Eltern, Erziehern, Lehrern, erheblich.	0	1	2	3
A4	Die beschriebenen Verhaltensprobleme beeinträchtigen die Beziehung zu anderen Kindern und Jugendlichen erheblich.	0	1	2	3
B1	Die beschriebenen Verhaltensprobleme treten in der Familie auf	0	1	2	3
B2	Die beschriebenen Verhaltensprobleme treten im Kindergarten bzw. in der Schule auf	0	1	2	3
B3	Die beschriebenen Verhaltensprobleme treten außerhalb der Familie und des Kindergartens bzw. der Schule auf (z.B. Freizeitsgruppen oder wenn das Kind zu Besuch ist).	0	1	2	3
B4	Die beschriebenen Verhaltensprobleme haben vor dem Altern von 7 Jahren begonnen	0	1	2	3
B5	Die beschriebenen Verhaltensprobleme bestehen seit mindestens 6 Monaten	0	1	2	3

Bemerkungen

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. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten des Kindes in diesem Schuljahr.

Name des Kindes

Männlich/Weiblich

Geburtsdatum

Keine „Zwischenkreuze“! Jedes Feld ankreuzen!

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

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, leichte Schwierigkeiten	Ja, deutliche Schwierigkeiten	Ja, massive Schwierigkeiten
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

• Seit wann gibt es diese Schwierigkeiten?

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

• Leidet das Kind unter diesen Schwierigkeiten?

	Gar nicht	Kaum	Deutlich	Massiv
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Gar nicht	Kaum	Deutlich	Schwer
MIT FREUNDEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IM UNTERRICHT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Stellen die Schwierigkeiten eine Belastung für Sie oder die gesamte Klasse dar?

	Keine Belastung	Leichte Belastung	Deutliche Belastung	Schwere Belastung
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unterschrift:.....

Datum:

Anzahl der wöchentlichen Klassenstunden mit diesem Kind?

Vielen Dank für Ihre Hilfe