

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 zur Zeit Medikamente erhalten, die sein Verhalten verändern, beantworten Sie bitte die Fragen so wie sich Ihr Kind verhält, wenn es keine Medikamente erhält.

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

ausgefüllt von : _____

am: _____

Mannheimer Fragebogen MEF U7a Günter Esser und Manfred Laucht	Stimmt	Stimmt nicht	das ist ein Problem für mich
1. Kann mindestens 3 x pro Woche schlecht einschlafen – liegt mindestens 1 Stunde wach			
2. Wacht mindestens 1 x pro Nacht auf und liegt dann mindestens 1 Stunde wach			
3. Schläft nachts mit im Elternbett, obwohl ich das nicht gerne sehe			
4. Hat meistens nur wenig Appetit			
5. Ist untergewichtig			
6. Ist extrem wählerisch beim Essen			
7. Kann sich schlecht von der Mutter trennen			
8. Dabei kommt es zu langem Schreien oder Weinen mindestens eine Viertelstunde			
9. Hat vor vielen Dingen panische Angst			
10. Ist überaus schreckhaft			
11. Ist sehr unruhig, zappelig, kann nicht still sitzen			
12. Ist mitunter beim spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten			
13. Scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen			
14. Hat täglich einen Wutanfall			
15. Ist zu Hause ständig ungehorsam			
16. Zerstört häufig Gegenstände			
17. Hat große Angst vor fremden Erwachsenen			
18. Spricht fast jede fremde Person an			
19. Geht schon nach kurzer Zeit mit fremder Person überall mit			
20. Wehrt sich meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmuse			
21. Reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird			
22. Ist häufig ohne Kontakt zu seiner Umgebung – blickt ins Leere, reagiert nicht			
23. Ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich			
25. Erkrankungen in der Familie: Diabetes, Schilddrüse, Hypercholesterinämie			
29. Betreuung: zu Hause O Kiga/Kita O Tagesmutter O			
Alleinerziehend: O , Geschwisterzahl: _____ ; Stunden TV/Video/Tablet pro Tag	< 1h	1- 3 h	> 3 h