

Fragebogen U10/U11



Kind _____

Klagt Ihr Kind mehrfach pro Monat über körperliche Beschwerden
(z.B. Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Gelenkschmerzen) ? Ja Nein

Gibt es Hinweise für Allergien ? Ja Nein

Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme ? Ja Nein

Ist Ihr Kind häufig leicht ablenkbar und unkonzentriert ? Ja Nein

Ist Ihr Kind häufig sehr unruhig und kann nicht stillsitzen ? Ja Nein

Hat Ihr Kind häufig Wutanfälle und zerstört dabei Gegenstände ? Ja Nein

Hat Ihr Kind große Angst vor manchen Dingen und lässt sich deswegen kaum
beruhigen ? Ja Nein

Macht sich Ihr Kind ständig Sorgen dass es zu dick ist ? Ja Nein

Ist Ihr Kind häufig (mind. einmal pro Woche) traurig und niedergeschlagen ? Ja Nein

Kann Ihr Kind Rad fahren und schwimmen ? Ja Nein

Verbringt Ihr Kind mehr als eine Stunde am Tag mit körperlicher Aktivität ? Ja Nein

Verbringt Ihr Kind mehr als eine Stunde am Tag vor PC oder Fernseher ? Ja Nein

Danke für Ihre Mithilfe !