



KIDSCREEN-27
Gesundheitsfragebogen für Kinder und Jugendliche

Elternversion
für Deutschland

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.

Muster

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"/>				
3. Hat sich Ihr Kind viel bewegt (z.B. beim Rennen, Klettern, Fahrradfahren)?	<input type="radio"/>				
4. Konnte Ihr Kind gut rennen?	<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"/>				

2. Gefühle und Stimmungen

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"/>				

Wenn Sie an die letzte Woche denken...

	nie	selten	manchmal	oft	immer
2. Hat Ihr Kind gute Laune gehabt?	<input type="radio"/>				
3. Hat Ihr Kind Spaß gehabt?	<input type="radio"/>				

Wenn Sie an die letzte Woche denken...

	nie	selten	manchmal	oft	immer
4. Hat sich Ihr Kind traurig gefühlt?	<input type="radio"/>				
5. Hat Ihr Kind sich so schlecht gefühlt, dass es gar nichts machen wollte?	<input type="radio"/>				
6. Hat Ihr Kind sich einsam gefühlt?	<input type="radio"/>				
7. Ist Ihr Kind zufrieden gewesen, so wie es ist?	<input type="radio"/>				

3. Familie und 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"/>				
2. Konnte Ihr Kind in seiner Freizeit die Dinge machen, die es tun wollte?	<input type="radio"/>				
3. Hatte Ihr Kind das Gefühl, dass seine Eltern genug Zeit für es hatten?	<input type="radio"/>				
4. Hat sich Ihr Kind durch seine Mutter / seinen Vater gerecht behandelt gefühlt?	<input type="radio"/>				
5. Konnte Ihr Kind mit seinen Eltern reden, wenn es wollte?	<input type="radio"/>				
6. Hat Ihr Kind genug Geld gehabt, um das Gleiche zu machen wie seine Freunde?	<input type="radio"/>				
7. Hatte Ihr Kind genug Geld für die Sachen, die es braucht?	<input type="radio"/>				

4. 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"/>				
2. Hat Ihr Kind mit seinen Freunden Spaß gehabt?	<input type="radio"/>				
3. Haben Ihr Kind und seine Freunde sich gegenseitig geholfen?	<input type="radio"/>				
4. Hat Ihr Kind sich auf seine Freunde verlassen können?	<input type="radio"/>				

5. 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"/>				
2. Ist Ihr Kind in der Schule gut zurechtgekommen?	<input type="radio"/>				

Wenn Sie an die letzte Woche denken...

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