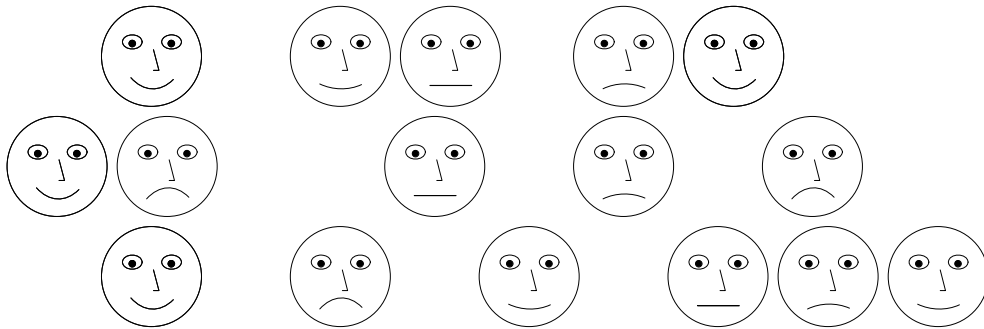


Name: _____ ID-Nr. _____

Geburtsdatum: _____ Datum: _____ männlich weiblich

Ausgefüllt von: _____

Im letzten Jahr



In diesem Fragebogen werden **Ereignisse oder Erlebnisse aus den letzten 12 Monaten** angesprochen, die Dir vielleicht passiert sind. Bei jedem Ereignis wirst Du zuerst gefragt, ob es Dir in den letzten 12 Monaten passiert ist. Du kannst mit "ja" oder "nein" antworten. Falls Du mit "ja" geantwortet hast, wirst Du zusätzlich gefragt, wie angenehm oder unangenehm dieses Ereignis für Dich war. Jetzt kannst Du eine der 5 Antworten auswählen, die von "sehr unangenehm" (-2) bis "sehr angenehm" (+2) reichen.

Beispiel:

Was ist in den letzten 12 Monaten passiert?

Wie unangenehm oder angenehm war das für Dich?

		sehr unange- nehm	unange- nehm	weder noch	angenehm	sehr angenehm
<p>1. Hast Du in den Ferien eine weite Reise gemacht?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>ja</p>	-2	-1	0	+1	+2
	<input type="checkbox"/>					
	<p>nein</p>					

Was ist in den letzten 12 Monaten passiert?

Wie unangenehm oder angenehm war das für Dich?

sehr
unange- unange- weder angenehm sehr
nehm nehm noch angenehm

1. Hast Du die Schule gewechselt?

ja

 _____ _____ _____ _____

-2 -1 0 +1 +2

nein

2a. Hat sich die Zahl der Menschen in Eurem Haushalt verändert? Ist jemand weggegangen?

ja

 _____ _____ _____ _____

-2 -1 0 +1 +2

nein

2b. Ist jemand dazugekommen?

ja

 _____ _____ _____ _____ -2

-1 0 +1 +2

nein

3. Bist Du umgezogen?

ja

 _____ _____ _____ _____

-2 -1 0 +1 +2

nein

4a. Hat es zu Hause irgendwelche Katastrophen gegeben wie Feuer, Überschwemmung oder Einbruch?

ja

 _____ _____ _____ _____

-2 -1 0 +1 +2

nein

4b. Ist das mehr als einmal vorgekommen?

ja

nein

Was ist in den letzten 12 Monaten passiert?

Wie unangenehm oder angenehm war das für Dich?

sehr
unange- unange- weder angenehm sehr
nehm nehm noch angenehm angenehm

5. Hast Du oder hat irgend jemand aus Deiner Familie oder von Deinen engen Freunden eine schwere Krankheit oder einen Unfall gehabt?

ja

Wer war das?

nein

1 ich selbst

2 Mutter, Vater

3 Geschwister

4 nahestehender Verwandter

5 enger Freund / enge Freundin

_____ _____ _____ _____ _____
-2 -1 0 +1 +2

6. Warst Du oder war einer aus Deiner Familie oder von Deinen engen Freunden im Krankenhaus?

ja

Wer war das?

nein

1 ich selbst

2 Mutter, Vater

3 Geschwister

4 nahestehender Verwandter

5 enger Freund / enge Freundin

_____ _____ _____ _____ _____
-2 -1 0 +1 +2

7.

Ist irgend jemand aus Deiner Familie
oder von Deinen engen Freunden
gestorben?

ja

Wer war das?

2 Mutter, Vater

3 Geschwister

nein

4 nahestehender Verwandter

5 enger Freund / enge Freundin

-2

-1

0

+1

+2

Was ist in den letzten 12 Monaten passiert?

Wie unangenehm oder angenehm war das für Dich?

		sehr unange- nehm	unange- nehm	weder noch	angenehm	sehr angenehm
8.	Hast Du ein Haustier verloren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	-2	-1	0	+1	+2
	<input type="checkbox"/>					
	nein					
9.	Hast Du Dich von Freunden unter Druck gesetzt gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	-2	-1	0	+1	+2
	<input type="checkbox"/>					
	nein					
10.	Hattest Du Streit oder Probleme mit einem Freund / einer Freundin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	-2	-1	0	+1	+2
	<input type="checkbox"/>					
	nein					
11.	Hast Du Dich verliebt oder eine Beziehung zu einem Freund / einer Freundin begonnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	-2	-1	0	+1	+2
	<input type="checkbox"/>					
	nein					
12.	Hast Du eine Verschlechterung der Beziehung zwischen den Familienmitgliedern oder Freunden erlebt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	-2	-1	0	+1	+2
	<input type="checkbox"/>					
	nein					

13. Hast Du eine schlechte Prüfung gemacht oder eine schlechte Klassenarbeit geschrieben?

ja

nein

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		_____		_____
-2	-1	0	+1	+2

Was ist in den letzten 12 Monaten passiert?

Wie unangenehm oder angenehm war das für Dich?

14. Wurde ein Familienmitglied inhaftiert?

ja

nein

sehr
unange- unange- weder sehr
nehm nehm noch angenehm angenehm

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		_____		_____
-2	-1	0	+1	+2

15. Bist Du in der Schule in Schwierigkeiten gekommen oder von der Schule verwiesen worden?

ja

nein

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		_____		_____
-2	-1	0	+1	+2

16. Hattest Du Ärger, Streit oder Kämpfe mit anderen Schülern oder Gleichaltrigen?

ja

nein

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		_____		_____
-2	-1	0	+1	+2

17. Gab es in der Familie finanzielle Schwierigkeiten oder Geldsorgen?

ja

nein

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		_____		_____
-2	-1	0	+1	+2

18. Hast Du schlechte Zensuren oder Beurteilungen bekommen?

ja

<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
-2		-1		0		+1		+2

nein

19. Hat ein Elternteil erneut geheiratet, oder ist ein neuer Partner / eine neue Partnerin in die Familie gekommen?

ja

<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
-2		-1		0		+1		+2

nein

Was ist in den letzten 12 Monaten passiert?

Wie unangenehm oder angenehm war das für Dich?

20. Gab es Streitigkeiten oder Kämpfe zwischen Deinen Eltern?

ja

sehr unange- nehm	unange- nehm	weder noch	angenehm	sehr angenehm
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
-2		-1		+1
		0		+2

nein

21. Gab es eine Veränderung in der Beziehung zum Jungen / Mädchen, mit dem Du gehst?

ja

<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
-2		-1		0		+1
		+1		+2		

nein

22. Hattest Du Pläne, die ins Wasser fielen (z.B. eine Reise nicht machen)?

ja

<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
-2		-1		0		+1
		+1		+2		

nein

23. Hatte ein Familienmitglied oder Verwandter Sorgen oder Probleme?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	-2	-1	0	+1	+2
nein					

24. Hattest Du Streitigkeiten oder Probleme mit dem Jungen / Mädchen, mit dem Du gehst?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	-2	-1	0	+1	+2
nein					

25. Ist eine schulische oder berufliche Veränderung bei einem Familienmitglied eingetreten (z.B. Verweis von der Schule, eine Berufsanstellung, Wechsel der Arbeitsstelle)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	-2	-1	0	+1	+2
nein					

Was ist in den letzten 12 Monaten passiert?

Wie unangenehm oder angenehm war das für Dich?

26. Hattest Du Probleme oder Streitigkeiten mit Eltern, Geschwistern oder anderen Familienmitgliedern?

	sehr unangenehm	unangenehm	weder noch	angenehm	sehr angenehm
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	-2	-1	0	+1	+2
nein					

27. Hattest Du Probleme oder Streitigkeiten mit Lehrern?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	-2	-1	0	+1	+2
nein					

28. Hattest Du Sorgen wegen Deiner Gesundheit oder Fitness?
- ja
- nein
- 2 -1 0 +1 +2
29. Gab es bei einem Familienmitglied / Verwandten Alkohol- oder Drogenprobleme?
- ja
- nein
- 2 -1 0 +1 +2
30. Hast Du eine Partnerschaft / Freundschaft beendet, oder bist Du von einem Partner / Freund bzw. von einer Partnerin / Freundin zurückgewiesen worden?
- ja
- nein
- 2 -1 0 +1 +2
31. Hat Deine Mutter oder Dein Vater ihren / seinen Arbeitsplatz verloren?
- ja
- nein
- 2 -1 0 +1 +2

Was ist in den letzten 12 Monaten passiert?

Wie unangenehm oder angenehm war das für Dich?

		sehr unange- nehm	unange- nehm	weder noch	angenehm	sehr angenehm
32.	Haben Deine Eltern sich getrennt oder scheiden lassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	-2	-1	0	+1	+2
	<input type="checkbox"/>					
	nein					
33.	Ist ein guter Freund / eine gute Freundin weggezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	-2	-1	0	+1	+2
	<input type="checkbox"/>					
	nein					
34.	Hat Deine Mutter (wieder) angefangen zu arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	-2	-1	0	+1	+2
	<input type="checkbox"/>					
	nein					
35.	Bist Du in der Schule sitzengeblieben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	-2	-1	0	+1	+2
	<input type="checkbox"/>					
	nein					
36.	Hast Du einen Verweis von der Schule bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	-2	-1	0	+1	+2
	<input type="checkbox"/>					
	nein					

*Das war ein recht langer Fragebogen!
Vielen Dank für Deine Geduld*