

Name: _____ ID-Nr. _____

Geburtsdatum: _____ Datum: _____ männlich weiblich

Ausgefüllt von: Mutter / Vater / Fachperson: _____

Anleitung

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Stimmung und das Verhalten Ihres Kindes im **letzten Monat**. Bitte kreuzen Sie bei jeder Feststellung die zutreffende Antwort an. Bitte betrachten Sie etwas als ein Problem, wenn es **Schwierigkeiten verursacht** und über das hinausgeht, was für das Alter Ihres Kindes normal ist. Kreuzen Sie andererseits „nie / selten“ an, wenn das Verhalten keine Schwierigkeiten verursacht.

<i>Ihr Kind...</i>	nie 0	manch- mal 1	oft 2	sehr oft 3
1. Hat periodisch das Gefühl, über Stunden oder Tage hintereinander überglücklich, extrem aufgedreht und erregt zu sein, sich gleichsam „auf dem Gipfel der Erde“ zu fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fühlt sich gereizt, griesgrämig oder verrückt über eine Zeit von Stunden oder Tagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Meint, dass er oder sie alles sein oder tun könnte (z.B. Anführer, bester Fußballspieler, Rapsänger, Millionär, Prinzessin) jenseits von dem, was für dieses Alter normal ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Glaubt, dass er oder sie unrealistische Fähigkeiten oder Kräfte hat, die ungewöhnlich sind, und versucht, diese auszuleben, was Schwierigkeiten hervorruft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Braucht weniger Schlaf als gewöhnlich; fühlt sich jedoch am nächsten Tag nicht müde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hat Zeiten von zuviel Energie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nie 0	manch- mal 1	oft 2	sehr oft 3
7. Hat Zeiten, wenn er oder sie zuviel oder zu laut oder ununterbrochen redet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hat Zeiten von rasenden Gedanken, so dass sein Verstand sich nicht bremsen kann, und es scheint, dass sein/ihr Mundwerk mit seinem Verstand nicht Schritt halten kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Spricht so schnell, dass er von Gegenstand zu Gegenstand springt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hastet herum und ist ständig in Aktivität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hat Schwierigkeiten bei einer Sache zu bleiben und wird leicht von dem angezogen, was um ihn oder sie herum passiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tut viel mehr Dinge als gewöhnlich oder ist ungewöhnlich produktiv oder auch sehr kreativ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Verhält sich in sexueller Hinsicht unangemessen (z.B. schmutzige Schimpfwörter, sich nackt zeigen, mit den Geschlechtsteilen spielen, onanieren, sexuelle Telefongespräche, sexuelle Kontakte mit Hunden, sexuelle Spiele, andere sexuell berühren).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Geht auf Fremde in unangemessener Weise zu und redet mit Ihnen, ist sozial stärker aus sich herausgehend als gewöhnlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Macht Dinge, die für ihn oder sie ungewöhnlich sind, die dumm oder riskant sind (z.B. aus grossen Höhen herabspringen, CD's mit Ihrer Kreditkarte bestellen, Dinge verschenken).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hat Wutanfälle, intensive und lange Zornesausbrüche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Reisst Witze oder macht mehr Wortspiele als gewöhnlich, lacht laut oder verhält sich auf eine Art albern, die ungewöhnlich ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nie	manch- mal	oft	sehr oft
	0	1	2	3
18. Erlebt rasche Stimmungswechsel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Hat misstrauische oder fremdartige Gedanken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Hört Stimmen, die niemand sonst hören kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sieht Dinge, die niemand sonst sehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesamtwert : _____