

Fragebogen zur Erfassung des Elektiven Mutismus - Elternversion**FEM-E-R**

Name: _____ ID-Nr. _____

Geburtsdatum: _____ Datum: _____ männlich weiblich

Ausgefüllt von: Mutter / Vater / Fachperson: _____

Bitte betrachten Sie das Verhalten Ihres Kindes in den letzten zwei Wochen und beurteilen Sie, wie häufig jede Feststellung auf Ihr Kind zutrifft.

<i>In der Schule</i>	immer	oft	manch- mal	Nie
1. Wenn es angebracht ist, spricht mein Kind mit den meisten Kindern in der Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wenn es angebracht ist, spricht mein Kind mit ausgewählten Kindern (seinen Freunden / Freundinnen) in der Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mein Kind antwortet auf Fragen des Lehrers.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wenn es angebracht ist, stellt mein Kind seinem Lehrer/ seiner Lehrerin Fragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wenn es angebracht ist, spricht mein Kind mit den meisten Lehrern oder Mitarbeitern in der Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wenn es angebracht ist, spricht mein Kind in Gruppen oder vor der Klasse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zuhause / in der Familie

	Immer	oft	manch- mal	Nie
7. Wenn es angebracht ist, spricht mein Kind mit Familienmitgliedern, wenn andere Leute dabei sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wenn es angebracht ist, spricht mein Kind in nicht vertrauten Plätzen mit Familienmitgliedern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wenn es angebracht ist, spricht mein Kind mit Familienmitgliedern, die nicht mit ihm zusammen leben (z. B. Grosseltern, Cousinsen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wenn es angebracht ist, spricht mein Kind mit seinen Eltern und Geschwistern über das Telefon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wenn es angebracht ist, spricht mein Kind mit Freunden der Familie, die es gut kennt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mein Kind spricht mit mindestens einem Babysitter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trifft nicht zu : *In sozialen Situationen (ausserhalb der Schule)*

	Immer	oft	manch- mal	Nie
13. Wenn es angebracht ist, spricht mein Kind mit anderen Kindern, die es nicht kennt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wenn es angebracht ist, spricht mein Kind mit Freunden der Familie, die es nicht kennt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Wenn es angebracht ist, spricht mein Kind mit seinem Arzt oder Zahnarzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Wenn es angebracht ist, spricht mein Kind mit Verkäufern / Verkäuferinnen oder Kellnern / Kellnerinnen (Service im Restaurant).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Wenn es angebracht ist, spricht mein Kind in Vereinen, Mannschaften oder bei organisierten Aktivitäten ausserhalb der Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trifft nicht zu :

*Beeinträchtigung / Belastung**

	Über- haupt nicht	leicht	mittel- gradig	sehr stark
18. Wie sehr beeinträchtigt das Nicht-Sprechen den Schulbesuch Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wie sehr beeinträchtigt das Nicht-Sprechen die familiären Beziehungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Wie stark beeinträchtigt, das Nicht-Sprechen Ihr Kind in sozialen Situationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Wie stark beeinträchtigt das Nicht-Sprechen das Leben Ihres Kindes insgesamt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Wie stark stört das Nicht-Sprechen Ihr Kind insgesamt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Wie stark stört das Nicht-Sprechen Sie insgesamt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Diese Merkmale werden beim Gesamtwert nicht berücksichtigt und dienen nur klinischen Zwecken.