

Name: _____ Geb.datum: _____ Datum: _____

Auf dieser Seite finden Sie eine Reihe von Situationen, die Kindern und Jugendlichen Angst machen können. Bitte geben Sie an, wie häufig Ihr Kind **aus Angst vor einer Trennung von den Eltern** folgende Situationen **vermeidet**. Es gibt keine falschen Antworten.

Mein Kind vermeidet aus Angst vor einer Trennung von den Eltern...

	<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>die Hälfte der Zeit</i>	<i>meistens</i>	<i>immer</i>
1. allein zu Freund/ Freundin zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. abends allein zu Hause zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. im Dunkeln einzuschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. allein bei Verwandten (z.B. Oma/ Opa) zu übernachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. allein zur Schule/ Kindergarten zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. im eigenen Bett einzuschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. tagsüber allein zu Hause zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. allein bei Freund/ Freundin zu übernachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. allein mit einer anderen Person (z.B. Babysitter, ältere Geschwister) zu Hause zu bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. allein einzuschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. nach Hause zu kommen und niemand ist da	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. auf eine Klassenfahrt/ Ferienlager zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben. Vielen Dank!