

WEISS-BEWERTUNGSSKALA ZUR FUNKTIONELLEN BEEINTRÄCHTIGUNG – ELTERNBERICHT (WFIRS-P)

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Datum: _____

Arbeit: Vollzeit Teilzeit Andere: _____ Schule: Vollzeit Teilzeit

ANLEITUNG: *Kreuzen Sie bitte die Zahl an, die am besten beschreibt, wie sich die Schwierigkeiten Ihres Kindes mit Gefühlen und Verhalten auf die folgenden Probleme im letzten Monat ausgewirkt haben.*

	Niemals oder überhaupt nicht	Manchmal oder etwas	Oft oder häufig	Sehr oft oder sehr häufig	Nicht zutreffend
A. Familie					
1. Probleme mit Brüdern und Schwestern	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2. Verursacht Probleme zwischen den Eltern	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3. Nimmt Familienmitgliedern Zeit von der Arbeit oder von Aktivitäten weg	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4. Verursacht Streit in der Familie	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5. Isoliert die Familie von Freunden und gesellschaftlichen Aktivitäten	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6. Macht es der Familie schwer, sich miteinander zu vergnügen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7. Erschwert die Kindererziehung	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8. Macht es schwer, allen Familienmitgliedern einen fairen Anteil an Aufmerksamkeit zu geben	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9. Provoziert andere, ihn/sie zu schlagen oder anzuschreien	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
10. Kostet die Familie mehr Geld	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
B. Lernen und Schule					
Lernen					
1. Hat es schwer, mit den Schulaufgaben auf dem Laufenden zu bleiben	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2. Braucht extra Hilfe in der Schule	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3. Braucht Nachhilfeunterricht	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4. Bekommt Benotungen, die unter seinen/ihren Fähigkeiten liegen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Verhalten					
1. Verursacht Probleme im Klassenraum für die Lehrer	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2. Wird in die Ecke gestellt oder aus dem Klassenzimmer geschickt	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3. Hat Probleme auf dem Schulhof	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4. Muss nachsitzen (während oder nach der Schulzeit)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

	Niemals oder überhaupt nicht	Manchmal oder etwas	Oft oder häufig	Sehr oft oder sehr häufig	Nicht zutreffend
5. Wird vom Schulbesuch suspendiert oder ausgeschlossen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6. Versäumt Unterricht oder kommt zu spät in die Schule	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
C. Lebensfertigkeiten					
1. Übermäßiger Gebrauch von Fernsehen, Computer oder Videospielen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2. Persönliche Hygiene, Zähne putzen, Haare bürsten, baden usw.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3. Probleme, sich für die Schule fertig zu machen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4. Probleme, sich zum Schlafengehen fertig zu machen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5. Probleme mit dem Essen (wählerisch, ungesunde Nahrung)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6. Probleme mit dem Schlafen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7. Verletzt sich	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8. Vermeidet körperliche Übungen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9. Benötigt mehr medizinische Versorgung	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
10. Hat Schwierigkeiten mit der Einnahme von Medikamenten, Verabreichung von Spritzen oder mit Arzt-/Zahnarzt-Besuchen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
D. Selbsteinschätzung des Kindes					
1. Mein Kind denkt schlecht von sich	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2. Mein Kind hat nicht genug Spaß	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3. Mein Kind ist mit seinem Leben nicht glücklich	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
E. Soziale Aktivitäten					
1. Wird von anderen Kindern gehänselt oder schikaniert	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2. Hänselt oder schikaniert andere Kinder	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3. Hat Probleme im Umgang mit anderen Kindern	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4. Hat Probleme bei der Teilnahme an Aktivitäten nach dem Unterricht (Sport, Musik, Clubs)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5. Hat Probleme, neue Freundschaften zu schließen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6. Hat Probleme, Freunde zu behalten	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7. Hat Schwierigkeiten mit Partys (wird nicht eingeladen, vermeidet sie, benimmt sich schlecht)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

	Niemals oder überhaupt nicht	Manchmal oder etwas	Oft oder häufig	Sehr oft oder sehr häufig	Nicht zutreffend
F. Riskante Aktivitäten					
1. Wird von anderen Kindern leicht angestiftet (Druck durch Gleichaltrige)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2. Zerbricht oder beschädigt Gegenstände	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3. Begeht illegale Aktivitäten	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4. Hat Kontakte mit der Polizei	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5. Raucht Zigaretten	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6. Nimmt Drogen ein	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7. Macht gefährliche Dinge	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8. Verursacht Verletzungen anderer	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9. Macht gemeine oder unangebrachte Äußerungen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
10. Zeigt sexuell unangemessenes Verhalten	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

NICHT IN DIESEN BEREICH SCHREIBEN

Auswertung

1. Anzahl von Merkmalen mit 2 oder 3
oder
2. Gesamtwert
oder
3. Mittelwert

A. Familie

B. Lernen und Schule

C. Lebensfertigkeiten

D. Selbsteinschätzung des Kindes

E. Soziale Aktivitäten

F. Riskante Aktivitäten

Gesamt