

WEISS-BEWERTUNGSSKALA ZUR FUNKTIONELLEN BEEINTRÄCHTIGUNG – SELBSTBERICHT (WFIRS-S)

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Datum: _____

Arbeit: Vollzeit Teilzeit Andere: _____ Schule: Vollzeit Teilzeit

ANLEITUNG: *Kreuzen Sie bitte die Zahl an, die am besten beschreibt, wie sich Ihre Schwierigkeiten 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 der Familie	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2. Probleme mit der Partnerin / dem Partner	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3. Sich auf Andere verlassen, um Dinge für Sie zu erledigen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4. Verursachung von Streitigkeiten in der Familie	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5. Schwierigkeit, sich in der Familie miteinander zu vergnügen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6. Probleme, sich um die Familie zu kümmern	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7. Probleme, die eigenen Bedürfnisse gegen die der Familie auszugleichen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8. Probleme, die Kontrolle über die Familie zu verlieren	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
B. Arbeit					
1. Probleme mit der geforderten Pflichterfüllung	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2. Probleme, die eigene Arbeit effizient zu machen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3. Probleme mit Ihrem Vorgesetzten	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4. Probleme mit dem Erhalt des Arbeitsplatzes	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5. Kündigung/Verlust des Arbeitsplatzes	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6. Probleme mit der Arbeit im Team	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7. Probleme mit Ihrer Anwesenheit	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8. Probleme mit der Pünktlichkeit	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9. Probleme mit der Übernahme neuer Aufgaben	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
10. Probleme, Ihrem Potential entsprechend zu arbeiten	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
11. Schlechte Arbeitsbewertungen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

	Niemals oder überhaupt nicht	Manchmal oder etwas	Oft oder häufig	Sehr oft oder sehr häufig	<i>Nicht zutreffend</i>
C. Schule					
1. Probleme beim Mitschreiben	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2. Probleme mit der Erfüllung von Aufgaben	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3. Probleme, die Arbeit effizient zu erledigen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4. Probleme mit Lehrern	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5. Probleme mit der Schulverwaltung	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6. Probleme, die Mindestanforderungen an die Anwesenheit zu erfüllen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7. Probleme mit der Anwesenheit	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8. Probleme mit der Pünktlichkeit	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9. Probleme, Ihrem Potential entsprechend zu arbeiten	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
10. Problem mit sehr unterschiedlichen Noten	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
D. Lebensfertigkeiten					
1. Exzessive oder unangemessene Nutzung von Internet, Videospiele oder Fernsehen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2. Probleme, eine akzeptable Erscheinung zu erhalten	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3. Probleme, vor dem Verlassen der Wohnung fertig zu werden	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4. Probleme, für das Schlafengehen fertig zu werden	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5. Probleme mit der Ernährung	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6. Probleme mit der Sexualität	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7. Schlafprobleme	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8. Seelische oder körperliche Verletzung	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9. Vermeidung körperlicher Übungen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
10. Probleme mit der Einhaltung von regelmäßigen Terminen beim Arzt/Zahnarzt	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
11. Probleme mit der Einhaltung von Pflichten im Haushalt	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
12. Probleme mit der Einteilung des Geldes	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

	Niemals oder überhaupt nicht	Manchmal oder etwas	Oft oder häufig	Sehr oft oder sehr häufig	<i>Nicht zutreffend</i>
E. Selbstkonzept					
1. Schlechtes Gefühl über sich selbst	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2. Frustration über sich selbst	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3. Entmutigung	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4. Unglücklichsein mit dem eigenen Leben	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5. Gefühl der Inkompetenz	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
F. Soziales					
1. In Streitigkeiten geraten	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2. Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3. Schwierigkeiten, mit andern Leuten klar zu kommen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4. Probleme, mit anderen Leuten zusammen Spaß zu haben	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5. Probleme, an Hobbys teilzunehmen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6. Probleme, Freundschaften zu schliessen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7. Probleme, Freundschaften zu erhalten	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8. Unangemessene Äusserungen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9. Beschwerden von Nachbarn	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
G. Risikoverhalten					
1. Aggressives Autofahren	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2. Beim Autofahren sich mit anderen Dingen beschäftigen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3. Wütend beim Autofahren werden	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4. Beschädigung oder Zerstörung von Gegenständen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5. Illegale Handlungen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6. Polizeikontakte	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7. Zigaretten rauchen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8. Marihuana rauchen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9. Alkohol trinken	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
10. Illegale Drogen einnehmen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

	Niemals oder überhaupt nicht	Manchmal oder etwas	Oft oder häufig	Sehr oft oder sehr häufig	Nicht zutreffend
11. Ungeschützter Sex (Verhütungsmittel, Kondom)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
12. Sexuell unangemessenes Verhalten	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
13. Körperliche Aggressivität	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
14. Verbale Aggressivität	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	<input type="text"/>
B. Arbeit	<input type="text"/>
C. Schule	<input type="text"/>
D. Lebensfertigkeiten	<input type="text"/>
E. Selbstkonzept	<input type="text"/>
F. Soziales	<input type="text"/>
G. Risikoverhalten	<input type="text"/>
Gesamt	<input type="text"/>

Das Copyright für diese Skala liegt bei Margaret D. Weiss. Die Skala kann von Klinikern und Forschern kostenlos benutzt werden und auf dem Internet nach Bedarf verschickt oder kopiert werden. Kontaktieren Sie bitte Dr. Weiss über margaret.weiss@icloud.com wenn Sie die Skala auf dem Internet verbreiten wollen, in der Forschung benutzen wollen, oder planen, eine Übersetzung zu erstellen. Version März 2014. Übersetzung durch H.-C. Steinhausen.