

parent survey child

Introduction

CaregiverSurveyIntroA

[html]

page1

In diesem Abschnitt werden allgemeine Informationsfragen und Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes gestellt.

[html]

Bitte geben Sie an, in welcher Beziehung Sie zu dem Kind stehen, Bitte geben Sie an

BioAdoptMother: Biologische Mutter oder Adoptivmutter

BioAdoptFather: Biologischer Vater oder Adoptivvater

StepMother: Stiefmutter

StepFather: Stiefvater

Grandmother: Großmutter

Grandfather: Großmutter

FosterParent: Pflegeeltern

OtherRelative: Andere Verwandte

OtherNonRelative: Andere Nicht-Verwandte

Bitte geben Sie Ihre Beziehung zu dem Kind an.

[Texteingabe]

Bitte geben Sie an, wie lange Sie dieses Kind bereits betreuen.

[Mehrfache Texteingabe]

Wie alt ist Ihr Kind derzeit in Jahren?

[Texteingabe]

Wie groß ist Ihr Kind AKTUELL?

[Mehrfache Texteingabe]

Was ist das AKTUELLE Gewicht Ihres Kindes?

[Mehrfache Texteingabe]

Wurde Ihr Kind zu früh geboren (mehr als drei Wochen vor dem errechneten Geburtstermin)?

No: Nein

Yes: Nein

Unknown: weiß nicht

Wie viel hat ihr Kind bei der Geburt gewogen? (wenn Sie es nicht wissen, bitte leer lass)

[Texteingabe]

Wie würden Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben?

- 5:** Hervorragend
- 4:** Sehr gut
- 3:** Gut
- 2:** Mittelmäßig
- 1:** Schlecht

Wie würden Sie den Zustand der Zähne Ihres Kindes beschreiben?

- 5:** Hervorragend
- 4:** Sehr gut
- 3:** Gut
- 2:** Mittelmäßig
- 1:** Schlecht

An wie vielen Tagen WÄHREND DER LETZTEN WOCHE hat Ihr Kind mindestens 60 Minuten lang Sport getrieben oder an körperlichen Aktivitäten teilgenommen (entweder in der Schule oder außerhalb der Schule)?

- 0:** 0 Tage
- 1:** 1 - 3 Tage
- 2:** 4 - 6 Tage
- 3:** Jeden Tag

ChildHealth1

Hatte Ihr Kind WÄHREND DER LETZTEN 12 MONATE REGELMÄßIGE oder CHRONISCHE Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche?

**Atembeschwerden oder andere Atemprobleme
(wie Keuchen oder Kurzatmigkeit)**

No: Nein

Yes: Nein

Unknown: weiß nicht

**Essen oder Schlucken aufgrund eines
Gesundheitszustands**

No: Nein

Yes: Nein

Unknown: weiß nicht

**Verdauung von Nahrungsmitteln, einschließlich
Magen-/Darmproblemen, Verdauung von
Nahrungsmitteln**

No: Nein

Yes: Nein

Unknown: weiß nicht

**Wiederholte oder chronische körperliche
Schmerzen, einschließlich Kopfschmerzen oder
andere Rücken- oder Körperschmerzen**

No: Nein

Yes: Nein

Unknown: weiß nicht

Zahnschmerzen

No: Nein

Yes: Nein

Unknown: weiß nicht

Zahnfleischbluten

No: Nein

Yes: Nein

Unknown: weiß nicht

Karies oder Zahnlöcher

No: Nein

Yes: Nein

Unknown: weiß nicht

page3

ChildHealth2

Hat Ihr Kind eines der folgenden Probleme?

Ernsthafte Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren, aufgrund eines körperlichen, aufgrund eines körperlichen, geistigen oder emotionalen Zustands

No: Nein

Yes: Nein

Unknown: weiß nicht

Ernsthafte Schwierigkeiten beim Gehen oder Treppensteigen

[boolean]

Schwierigkeiten beim Anziehen oder Baden

[boolean]

Taubheit oder Hörprobleme

[boolean]

Blindheit oder Sehprobleme, auch beim Tragen einer Brille

[boolean]

Hat Ihr Kind andere Seh- oder Hörprobleme (z. B. häufige Ohrentzündung)?

[boolean]

Wenn ja, beschreiben Sie diese bitte:

[Kommentarfeld]

page4

ChildHealth3

Hat Ihnen ein Arzt oder ein anderer Gesundheitsdienstleister JEMALS gesagt, dass Ihr Kind eine genetische oder vererbte Erkrankung hat?

No: Nein

Yes: Ja

Unknown: weiß nicht

NotRespond: Ich möchte nicht antworten

Wenn ja, benennen oder beschreiben Sie diese bitte:

[Kommentarfeld]

Hat Ihnen ein Arzt, ein anderer Gesundheitsdienstleister oder ein Pädagoge JEMALS gesagt, Hat Ihnen ein Arzt

Verhaltens- oder Benehmensprobleme

No: Nein

Yes: Ja

Unknown: weiß nicht

NotRespond: Ich möchte nicht antworten

Hat Ihr Kind AKTUELL Verhaltens- oder Benehmensprobleme?

[boolean]

Sind die aktuellen Verhaltens- oder Benehmensprobleme leicht, mäßig oder schwerwiegend?

1: leicht

2: mäßig

3: schwerwiegend

Entwicklungsverzögerung

No: Nein

Yes: Nein

Unknown: weiß nicht

NotRespond: Ich möchte nicht antworten

Hat Ihr Kind AKTUELL eine Entwicklungsverzögerung?

[boolean]

Sind die aktuellen Entwicklungsverzögerungen leicht, mäßig oder schwerwiegend?

1: leicht

2: mäßig

3: schwerwiegend

Geistige Behinderung

No: Nein

Yes: Nein

Unknown: weiß nicht

NotRespond: Ich möchte nicht antworten

Hat Ihr Kind AKTUELL eine geistige Behinderung?

[boolean]

Ist die aktuelle geistige Behinderung leicht, mäßig oder schwerwiegend?

1: leicht

2: mäßig

3: schwerwiegend

Sprech- oder andere Sprachstörung

No: Nein

Yes: Nein

Unknown: weiß nicht

NotRespond: Ich möchte nicht antworten

Hat Ihr Kind AKTUELL eine Sprech- oder andere Sprachstörung?

[boolean]

Ist die aktuelle Sprech- oder andere Sprachstörungen leicht, mäßig oder schwerwiegend?

1: leicht

2: mäßig

3: schwerwiegend

Lernbehinderung

No: Nein

Yes: Nein

Unknown: weiß nicht

NotRespond: Ich möchte nicht antworten

Hat Ihr Kind AKTUELL eine Lernbehinderung?

[boolean]

Ist die aktuelle Lernbehinderung leicht, mäßig oder schwerwiegend?

1: leicht

2: mäßig

3: schwerwiegend

Autismus-Spektrum-Störung (ASS) (einschließlich Asperger-Syndrom oder tiefgreifende Entwicklungsstörung)

No: Nein

Yes: Nein

Unknown: weiß nicht

NotRespond: Ich möchte nicht antworten

Leidet Ihr Kind AKTUELL an einer Autismus- Spektrum-Störung (einschließlich Asperger-

**Syndrom oder tiefgreifender
Entwicklungsstörung)?**

[boolean]

**Handelt es sich bei der aktuellen Autismus-
Spektrum-Störung (einschließlich Asperger-
Syndrom oder tiefgreifende Entwicklungsstörung)
um eine leicht, mäßige oder schwerwiegend?**

- 1:** leicht
- 2:** mäßig
- 3:** schwerwiegend

**Aufmerksamkeitsdefizit- oder
Hyperaktivitätsstörung (ADHD oder ADHS)**

- No:** Nein
- Yes:** Nein
- Unknown:** weiß nicht
- NotRespond:** Ich möchte nicht antworten

**Hat Ihr Kind AKTUELL eine
Aufmerksamkeitsdefizit- oder
Hyperaktivitätsstörung (ADHD oder ADHS)?**

[boolean]

**Ist die aktuelle Aufmerksamkeitsdefizit- oder
Hyperaktivitätsstörung (ADHD oder ADHS) leicht,
mäßig oder schwerwiegend?**

- 1:** leicht
- 2:** mäßig

3: schwerwiegend

page5

Welches biologische Geschlecht hatte Ihr Kind bei der Geburt (d. h. in der Geburtsurkunde)?

Female: Weiblich

Male: Weiblich

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Geschlechtsidentität.

Möchten Sie diese zusätzlichen Fragen zum Geschlecht beantworten?

(Ihrem Kind werden diese Fragen nicht gestellt)

[boolean]

Welche ist die derzeitige Geschlechtsidentität Ihres Kindes?

Female: Welche ist die derzeitige Geschlechtsidentität Ihres Kindes?

Male: Welche ist die derzeitige Geschlechtsidentität Ihres Kindes?

Nonbinary: Welche ist die derzeitige Geschlechtsidentität Ihres Kindes?

Wie häufig hat Ihr Kind im letzten Jahr Verhaltensweisen gezeigt oder Vorlieben geäußert, die häufig eher mit Mädchen in Verbindung gebracht werden?

- 0:** Nie
- 1:** Selten
- 2:** Manchmal
- 3:** Oft
- 4:** Immer

Wie häufig hat Ihr Kind im letzten Jahr angegeben, dass es ein Mädchen ist oder sein möchte?

- 0:** Nie
- 1:** Selten
- 2:** Manchmal
- 3:** Oft
- 4:** Immer

Wie häufig hat Ihr Kind im letzten Jahr Verhaltensweisen gezeigt oder Vorlieben geäußert, die häufig eher mit Jungen in Verbindung gebracht werden?

- 0:** Nie
- 1:** Selten
- 2:** Manchmal
- 3:** Oft
- 4:** Immer

Wie häufig hat Ihr Kind im letzten Jahr angegeben, dass es ein Junge ist oder sein möchte?

- 0:** Nie

- 1: Selten
- 2: Manchmal
- 3: Oft
- 4: Immer

page6

Zeigt Ihr Kind erste Anzeichen der Pubertät (wenn auch sehr früh)?

[boolean]

Bitte wählen Sie für jede Frage die Antwort aus, die am besten beschreibt, Bitte wählen Sie für jede Frage die Antwort aus

Was würden Sie über das Wachstum Ihres Kindes in der Höhe (größer werden) sagen:

- 0: Noch nicht mit dem Spurt ("Spurt" bedeutet schneller wachsen als üblich) begonnen
- 1: Kaum mit dem Spurt begonnen
- 2: Definitiv begonnen aber ist noch nicht abgeschlossen
- 3: Scheint abgeschlossen zu sein (das Kind hat seine Größe erreicht)

Wie ist es mit dem Wachstum der Körperbehaarung (z. B. unter den Armen)? Würden Sie sagen, dass die Körperbehaarung Ihres Kindes:

- 0: Noch nicht begonnen hat zu wachsen
- 1: Kaum begonnen hat zu wachsen

2: Definitiv begonnen hat zu wachsen aber noch nicht abgeschlossen ist

3: Abgeschlossen zu sein scheint (das Kind hat seine vollständige Körperbehaarung erreicht)

Haben Sie Hautveränderungen, insbesondere Pickel,Haben Sie Hautveränderungen

0: Es hat noch nicht damit begonnen

1: Es hat gerade erst damit begonnen, dass sich Änderungen zeigen

2: Hautänderungen haben definitiv begonnen, sind aber noch nicht abgeschlossen

3: Hautänderungen scheinen abgeschlossen zu sein

Hat das Brustwachstum Ihres Kindes begonnen?

0: Es hat noch nicht begonnen

1: Es hat gerade erst begonnen

2: Brustwachstum hat definitiv begonnen, ist aber noch nicht abgeschlossen

3: Das Brustwachstum scheint abgeschlossen zu sein

Hat bei Ihrem Kind die Menstruation bereits begonnen?

[boolean]

Hat bei Ihrem Kind die Menstruation bereits begonnen?

[Texteingabe]

Bitte wählen Sie für jede Frage die Antwort aus, die am besten beschreibt, Bitte wählen Sie für jede Frage die Antwort aus

Was würden Sie über das Wachstum Ihres Kindes in der Höhe (größer werden) sagen:

- 0:** Noch nicht mit dem Spurt ("Spurt" bedeutet schneller wachsen als üblich) begonnen
- 1:** Kaum mit dem Spurt begonnen
- 2:** Definitiv begonnen aber ist noch nicht abgeschlossen
- 3:** Scheint abgeschlossen zu sein (das Kind hat seine Größe erreicht)

Wie ist es mit dem Wachstum der Körperbehaarung (z. B. unter den Armen)? Würden Sie sagen, dass die Körperbehaarung Ihres Kindes:

- 0:** Noch nicht begonnen hat zu wachsen
- 1:** Kaum begonnen hat zu wachsen
- 2:** Definitiv begonnen hat zu wachsen aber noch nicht abgeschlossen ist
- 3:** Abgeschlossen zu sein scheint (das Kind hat seine vollständige Körperbehaarung erreicht)

Haben Sie Hautveränderungen, insbesondere Pickel, Haben Sie Hautveränderungen

- 0:** Veränderungen haben noch nicht begonnen
- 1:** Erste Änderungen zeigen sich langsam
- 2:** Hautänderungen haben definitiv begonnen, sind aber noch nicht abgeschlossen
- 3:** Hautänderungen scheinen abgeschlossen zu sein

Hat die Stimme Ihres Kindes begonnen, sich zu verändern?

- 0:** Sie hat noch nicht angefangen, sich zu verändern
- 1:** Sie hat kaum angefangen, sich zu verändern
- 2:** Der Stimmbruch findet definitiv statt, ist aber noch nicht abgeschlossen
- 3:** Der Stimmbruch scheint abgeschlossen zu sein

Hat bei Ihrem Kind die Gesichtsbehaarung (Bart oder Schnurrbart) begonnen?

- 0:** Die Gesichtsbehaarung hat noch nicht begonnen
- 1:** Die Gesichtsbehaarung hat gerade erst begonnen
- 2:** Das Haarwachstum hat definitiv begonnen (genug, um sich zu rasieren)
- 3:** Wahrscheinlich wächst es jetzt so schnell, wie es maximal wachsen kann

page7

Bitte beantworten Sie die folgenden Aussagen über die Schlafgewohnheiten Ihres Kindes.

In den letzten 7 Tagen...

0 1 2

Ihr Kind hatte Schwierigkeiten beim Einschlafen (schief nicht innerhalb von 20 Minuten nach dem Zubettgehen ein).

Ihr Kind hatte Schwierigkeiten, die Nacht durchzuschlafen (es wachte einmal oder öfter in der Nacht auf).

Ihr Kind ist an den Wochentagen (Montag-Freitag) etwa zur gleichen Zeit ins Bett gegangen.

Wie viele Stunden Schlaf pro Nacht konnte Ihr Kind in der Regel an den Wochentagen WÄHREND DER VERGANGENEN WOCHE bekommen?

- 1:** Weniger als 6 Stunden
- 2:** 6 Stunden
- 3:** 7 Stunden
- 4:** 8 Stunden
- 5:** 9 Stunden
- 6:** 10 Stunden
- 7:** 11 Stunden oder mehr

page8

CaregiverSectionIntro2

[html]

ChildSDQ

Bitte markieren Sie zu jeder Aussage, wie gut diese auf Ihr Kind zutrifft: "Trifft überhaupt nicht zu", "Trifft eher nicht zu", "Trifft eher zu" oder "Trifft voll und ganz zu". Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind.

0 1 2 3

Ihr Kind hat Schwierigkeiten, still zu halten oder zeigt Phasen der Überaktivität.

Ihr Kind klagt häufig über Unwohlsein (z. B. Kopf- oder Bauchschmerzen).

Ihr Kind meidet andere oder verbringt lieber Zeit allein.

Ihr Kind ist oft besorgt oder ängstlich.

Ihr Kind zappelt häufig herum.

Ihr Kind hat einen (oder mehrere) gute Freunde.

Ihr Kind wirkt oft traurig, deprimiert oder niedergeschlagen.

Ihr Kind versteht sich mit anderen Kindern.

Ihr Kind lässt sich leicht ablenken oder hat Schwierigkeiten, bei der Sache zu bleiben.

Ihr Kind ist schüchtern oder anhänglich.

Ihr Kind geht freundlich mit jüngeren Kindern um.

Ihr Kind zeigt oft unehrliches Verhalten (z. B. lügen, betrügen).

Ihr Kind hat ohne Erlaubnis Dinge von zu Hause, aus der Schule oder von anderswo mitgenommen.

Ihr Kind bevorzugt Erwachsene gegenüber Kindern.

Ihr Kind ist oft nervös oder ängstlich.

page9

ChildSCS

Bitte geben Sie an, wie gut jede Aussage Ihr Kind beschreibt.

0 1 2 3

Ihr Kind akzeptiert die Dinge, wenn sie nicht seinen Vorstellungen entsprechen.

Ihr Kind kann gut mit Misserfolgen umgehen.

Ihr Kind denkt nach, bevor es handelt.

Ihr Kind löst Probleme mit Freunden selbständig.

Ihr Kind kann sich beruhigen, wenn es aufgeregt ist.

Ihr Kind tut, was ihm gesagt wird.

Ihr Kind ist gut darin, die Gefühle anderer zu verstehen.

Ihr Kind beherrscht sein Temperament, wenn es eine Meinungsverschiedenheit gibt.

Ihr Kind teilt Dinge mit anderen.

Ihr Kind ist hilfsbereit gegenüber anderen.

Ihr Kind hört sich die Meinung anderer an.

Ihr Kind kann Vorschläge machen, ohne bestimmerisch zu sein.

page10

ChildCBQ

Bitte geben Sie an, wie gut jede Aussage Ihr Kind beschreibt.

0 1 2 3

Ihr Kind versteht die Gefühle von anderen.

Ihr Kind hat ein soziales Bewusstsein dafür, was in einer Situation geschieht.

Ihr Kind versteht genau, was ein Gleichaltriger zu tun versucht.

Ihr Kind zeigt eine gute Selbstbeherrschung in seinen/ihren Reaktionen.

Ihr Kind findet *viele* Lösungen für zwischenmenschliche Probleme.

Ihr Kind entwickelt *gute* Lösungen für zwischenmenschliche Probleme.

Ihr Kind ist sich bewusst, welche Auswirkungen sein Verhalten auf andere hat.

Ihr Kind versucht, traurige Menschen glücklicher zu machen.

Ihr Kind hilft anderen bei ihren Hausaufgaben.

Ihr Kind lässt andere sein Spielzeug oder seine Gegenstände benutzen.

page11

ChildJukes

Bitte geben Sie an, wie gut jede Aussage Ihr Kind beschreibt.

0 1 2 3

Ihr Kind ist neugierig und will neue Dinge erforschen und verstehen.

Ihr Kind ist in der Lage zu beobachten und Schlussfolgerungen zu ziehen, bevor es eine Antwort erhält.

Ihr Kind gibt einzigartige Antworten, die über die von anderen Kindern hinausgehen.

Ihr Kind möchte oft neue Dinge lernen.

Ihr Kind erforscht neue Gegenstände, die im Haushalt oder in der Gemeinschaft auftauchen.

Ihr Kind stellt gerne viele Fragen.

Wenn Ihr Kind einen Fehler macht, bittet es um Entschuldigung.

Ihr Kind plant seine eigenen Aufgaben oft gut.

Ihr Kind erledigt seine Arbeit selbst, ohne darum gebeten oder daran erinnert zu werden.

Ihr Kind arbeitet fleißig, wenn es versucht, Ihr Kind arbeitet fleißig

Wenn Ihr Kind etwas nicht schafft, versucht es es noch einmal.

Ihr Kind mag es, Aufgaben ordentlich zu erledigen.

Ihr Kind entscheidet langsam und ohne Eile, was es als Nächstes tun will.

Ihr Kind macht mit einer Aufgabe weiter, auch wenn sie ermüdend ist.

Ihr Kind erklärt sich leicht bereit, Aufgaben oder Besorgungen zu erledigen.

Ihr Kind folgt bereitwillig Anweisungen.

Wenn Ihr Kind angewiesen wird, eine Aufgabe zu erledigen, Wenn Ihr Kind angewiesen wird

Wenn Ihr Kind eine Besorgung machen soll, kommt es pünktlich zurück. (wenn dieser Punkt nicht auf Ihr Kind zutrifft, Wenn Ihr Kind eine Besorgung machen soll

Wenn Ihr Kind aufgefordert wird, eine Aufgabe zu erledigen, Wenn Ihr Kind aufgefordert wird

Ihr Kind ist respektvoll gegenüber Erwachsenen.

Wie schwierig ist es für Ihr Kind im Vergleich zu anderen Kindern in seinem Alter, Freunde zu finden oder zu behalten?

0: Keine Schwierigkeit

1: Ein wenig schwierig

2: Sehr schwierig

Wie oft wurde Ihr Kind IN DEN LETZTEN 12 MONATEN von anderen Kindern schikaniert, gehänselt oder ausgeschlossen? Wenn sich die Häufigkeit im Laufe des

Jahres geändert hat, Wie oft wurde Ihr Kind IN DEN LETZTEN 12 MONATEN von anderen Kindern schikaniert

- 0:** Nie (in den letzten 12 Monaten)
- 1:** 1-2 Mal (in den letzten 12 Monaten)
- 2:** 1-2 Mal pro Monat
- 3:** 1-2 Mal pro Woche
- 4:** Fast jeden Tag

Wie oft hat Ihr Kind IN DEN LETZTEN 12 MONATEN andere Kinder schikaniert, gehänselt oder ausgeschlossen? Wenn sich die Häufigkeit im Laufe des Jahres geändert hat, Wie oft hat Ihr Kind IN DEN LETZTEN 12 MONATEN andere Kinder schikaniert

- 0:** Nie (in den letzten 12 Monaten)
- 1:** 1-2 Mal (in den letzten 12 Monaten)
- 2:** 1-2 Mal pro Monat
- 3:** 1-2 Mal pro Woche
- 4:** Fast jeden Tag

page12

CaregiverSectionIntro3

[html]

Wenn Ihr Kind in der Grundschule ist (erste Klasse oder höher), denken Sie an die Zeit vor der Einschulung. Wenn Ihr Kind noch nicht in der Grundschule ist, beziehen Sie sich auf die jetzige Situation.

Wie oft haben Sie oder jemand anderes bei Ihnen zu Hause die folgenden Aktivitäten mit Ihrem Kind unternommen??

0 1 2

Bücher lesen

Geschichten erzählen

Lieder singen

Mit Alphabet-Spielzeug spielen (z. B. Blöcke mit Buchstaben des Alphabets)

Über Dinge sprechen, die Sie getan haben

Über etwas sprechen, was Sie gelesen haben

Wortspiele spielen

Buchstaben oder Wörter schreiben

Schilder und Etiketten laut lesen

Zählreime sagen oder Zähllieder singen

mit Zahlenspielzeug spielen (z. B. Blöcke mit Zahlen)

Verschiedene Dinge zählen

Spiele spielen, die Formen beinhalten (z. B. Spielzeug zum Sortieren von Formen, Spiele spielen)

Mit Bauklötzen oder Konstruktionsspielzeug spielen

Karten- oder Brettspiele spielen

Zahlen schreiben

Formen zeichnen

Dinge messen oder wiegen (z. B. beim Kochen)

Hat Ihr Kind vor der ersten Klasse ein Programm zur frühkindlichen Erziehung oder ein Zentrum für Kinder unter 3 Jahren besucht?

[boolean]

Hat Ihr Kind vor der ersten Klasse eine vorschulische Bildungseinrichtung für Kinder ab 3 Jahren, *einschließlich Kindergarten*, Hat Ihr Kind vor der ersten Klasse eine vorschulische Bildungseinrichtung für Kinder ab 3 Jahren

[boolean]

Wie lange war Ihr Kind ungefähr *insgesamt* in diesen Programmen? (vor der ersten Klasse)

- 0:** Es hat nicht teilgenommen
- 1:** Weniger als 1 Jahr
- 2:** 1 Jahr
- 3:** 2 Jahr
- 4:** 3 Jahr
- 5:** 4 Jahre oder mehr

Wie alt war Ihr Kind, als es in die erste Klasse der Grundschule eingeschult wurde?

- 1:** 5 Jahre alt oder jünger
- 2:** 6 Jahre alt
- 3:** 7 Jahre alt
- 4:** 8 Jahre alt oder älter

Was glauben Sie, welchen Bildungsabschluss wird ihr Kind voraussichtlich erreichen?

ChildEdAchieve1: Hauptschulabschluss

ChildEdAchieve2: Realschulabschluss

ChildEdAchieve3: Ausbildung

ChildEdAchieve4: niedriger als Abitur

ChildEdAchieve5: allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife

ChildEdAchieve6: Bachelorabschluss

ChildEdAchieve7: Masterabschluss

ChildEdAchieve8: Doktorgrad

ChildSchool

Wie oft macht Ihr Kind die folgenden Dinge:

0 1 2 3

Interesse und Neugierde an neuen Themen in der Schule zeigen?

Arbeiten, um angefangene schulische Aufgaben zu beenden?

Ruhig bleiben und die Kontrolle behalten, wenn sie vor einer schulischen Herausforderung stehen?

Sich darum bemühen, gut in der Schule zu sein?

Alle erforderlichen Hausaufgaben machen?

Wie viel Zeit hat Ihr Kind AN DEN MEISTEN WOCHENTAGEN (Montag-Freitag) vor dem Fernseher, Computer, um sich Programme anzusehen, um sich Programme anzusehen, Spiele zu spielen, auf das Internet zuzugreifen oder Social Media zu nutzen? Berücksichtigen Sie nicht die Zeit, die sie mit Schularbeiten verbringen.

1: Weniger als 1 Stunde

- 2:** 1 Stunde
- 3:** 2 Stunde
- 4:** 3 Stunde
- 5:** 4 oder mehr Stunden

Besitzt Ihr Kind ein Smartphone?

[boolean]

Wenn ja, in welchem Alter hat es dies bekommen?

[Texteingabe]

Hat Ihr Kind ein Konto auf einer Social-Media-Website wie Instagram, Tiktok, Hat Ihr Kind ein Konto auf einer Social-Media-Website wie Instagram

[boolean]

page14

ChildEFQ

Pays attention when an adult is explaining or showing something ... (by listening carefully and/or watching the adult's demonstration with appropriate eye gaze/body orientation.)

[html]

Passt auf, wenn ein Erwachsener etwas erklärt oder zeigt (hört aufmerksam zu und/oder folgt dem Erwachsenen mit Blick oder Körperhaltung).

- 4:** (4) Immer allein (keine Unterstützung erforderlich)
- 3:** (3) Meistens selbstständig (kurze Ermahnungen oder Unterstützung)
- 2:** (2) Manchmal selbstständig (regelmäßige Erinnerungen oder manchmal Unterstützung erforderlich)
- 1:** (1) Nicht in der Lage, selbstständig zu sein (benötigt viel Unterstützung)

Ignoriert irrelevante Aktivitäten/Geräusche (z. B. weinende Geschwister, Fernsehen, wenn es an einer zugewiesenen Aufgabe arbeitet).

Wartet, bis es an der Reihe ist (z. B. unterbricht andere nicht, denkt nach, denkt nach, bevor es spricht).

Erledigt Tätigkeiten, die mehrere Schritte erfordern (z. B. mehrere Dinge im Haus oder im Geschäft/Markt holen, ein Zimmer aufräumen, ein Zimmer aufräumen, indem es mehrere Dinge wegräumt).

Findet neue Wege, um Herausforderungen zu überwinden (z. B. verwendet es Materialien oder Spielzeug wieder, einen Turm oder eine Festung zu bauen, einen Turm oder eine Festung zu bauen, nachdem er zusammengebrochen ist, löst ein Rätsel

auf neue Weise, findet eine neue Strategie, um eine Aufgabe zu erledigen).

Identifiziert und sammelt die notwendigen Materialien vor einer Aktivität ein (es findet z. B. einen passenden Mantel, Schuhe und eine Mütze, Hausaufgaben und seinen Rucksack ein, Hausaufgaben und seinen Rucksack ein, bevor es zur Schule geht).

Erledigt eine zugewiesene Aufgabe, die sich wiederholt (z. B. Spielzeug aufheben, Erledigt eine zugewiesene Aufgabe

Erledigt eine zugewiesene Aufgabe, bevor er zur nächsten Aufgabe übergeht.

Beendet ein unerwünschtes Verhalten, wenn es dazu aufgefordert wird (hört z. B. auf, wenn es von den Eltern dazu aufgefordert wird, wenn es von den Eltern dazu aufgefordert wird, hört auf, sich im Haushalt schlecht zu benehmen).

Erledigt Tätigkeiten, bei denen man sich längere Anweisungen merken muss (z. B. Spielregeln, Kochrezepte).

Drückt sich auf eine neue Art und Weise aus, wenn es von anderen nicht verstanden wird (z. B. versucht

es,Drückt sich auf eine neue Art und Weise aus

Erstellt eine Strategie oder einen Plan für die Erledigung einer Aufgabe (z. B. Hausarbeit, Hausaufgaben,Erstellt eine Strategie oder einen Plan für die Erledigung einer Aufgabe (z. B. Hausarbeit

Bleibt während längerer, von Erwachsenen geleiteter Aktivitäten (z. B. religiöse Veranstaltungen oder Aufführungen, indem es aufmerksam zuhört und gegebenenfalls teilnimmt, indem es aufmerksam zuhört und gegebenenfalls teilnimmt, wenn es angemessen ist.

Fokussiert sich wieder auf eine zugewiesene Aufgabe, wenn es unterbrochen wird (z. B. wenn ein Familienmitglied eine Frage stellt,Fokussiert sich wieder auf eine zugewiesene Aufgabe

Hört auf zu spielen oder etwas zu tun, was ihm Spaß macht, mit Freunden zu spielen, mit Freunden zu spielen, wenn die Eltern es verlangen, hört auf, fernzusehen, wenn die Eltern es verlangen).

Kommuniziert auf organisierte Weise (es erzählt z. B. die richtige Reihenfolge der Ereignisse, erklärt, so dass es leicht zu verstehen ist).

Passt sich an, wenn sich Pläne/Zeitpläne ändern (Es passt sich an, beklagt sich nicht, beklagt sich nicht, wenn eine unerwartete Krankheit dazu führt, dass ein Familienurlaub abgesagt werden muss).

Erledigt Aufgaben pünktlich (z. B. Hausaufgaben rechtzeitig und nicht in letzter Minute).

Bleibt konzentriert und engagiert bei gemeinsamen Aktivitäten, die das Kind selbst anleitet (z. B. beim Spielen mit Geschwistern oder anderen Kindern gleichen Alters).

Ignoriert eine bevorzugte, lustige Aktivität (z. B. Spielen), eine zugewiesene Aufgabe zu erledigen (z. B. Zimmer aufräumen).

Wartet, bis es an der Reihe ist (es wartet z. B. geduldig in der Schlange im Supermarkt oder wenn es ein Spielzeug mit einem Geschwisterkind teilt).

Führt altersgemäße numerische Berechnungen im Kopf durch (z. B. addiert es Preise von Waren, berechnet die Zeit, Führt altersgemäße numerische Berechnungen im Kopf durch (z. B. addiert es Preise von Waren

Versteht widersprüchliche Perspektiven/Ideen (es akzeptiert z. B. einen anderen Standpunkt, akzeptiert

andere Vorgehensweisen, Versteht widersprüchliche Perspektiven/Ideen (es akzeptiert z. B. einen anderen Standpunkt)

Prüft, ob es Fehler gibt, Prüft

Bleibt bei einer schwierigen kognitiven Aufgabe/Lernaufgabe (z. B. Hausaufgaben) indem er versucht, Dinge herauszufinden, Bleibt bei schwierigen kognitiven/lernbezogenen Aufgaben (z. B. Hausaufgaben) indem es versucht

Beantwortet Fragen oder erzählt eine Geschichte, ohne sich von kleinen Details ablenken zu lassen und/oder den Gedankengang zu verlieren.

Hält inne und denkt nach, bevor es handelt (es rennt z. B. nicht vor ein Auto, die es nicht anfassen sollte).

Erinnert sich an alle Optionen und zieht sie in Betracht, wenn es eine Entscheidung trifft (z. B. was zu tun ist, welche Lebensmittel es essen möchte).

Verbindet Ideen/Erfahrungen mit anderen Ideen/Erfahrungen (es erkennt z. B. Verbindungen zwischen Büchern/Filmen und gelebten Erfahrungen, verwendet in der Schule erlernte Strategien, Verbindet Ideen/Erfahrungen mit anderen Ideen/Erfahrungen)

(es erkennt z. B. Verbindungen zwischen Büchern/Filmen und gelebten Erfahrungen)

Beginnt ohne Aufforderung mit Plänen oder Routinen (z. B. ergreift es die Initiative, um einem Familienmitglied zu helfen, Beginnt ohne Aufforderung mit Plänen oder Routinen (z. B. ergreift es die Initiative)

Beschäftigt sich intensiv mit einer selbst gewählten Tätigkeit (z. B. Malen, Lesen, Bauen, Bauen, Sport, Spiele).

Erinnert sich an Wegangaben, Muster und den Standort von Dingen (z. B. kennt es Laufwege, kann gut nach einem verlorenen Gegenstand suchen oder Verstecken spielen).

Passt sein Verhalten den Erfordernissen der Situation an (z. B. Wechsel der Spielfigur/Rolle während eines Spiels, Änderung des Verhaltens je nachdem ob gerade Spielzeit oder Hausaufgabenzeit ist).

Verhandelt und übernimmt die Vorschläge von Gleichaltrigen ohne Konflikt oder Widerstand (z. B. überlegt es mit anderen zusammen, um Rollen für Rollenspiele zu planen, Verhandelt und übernimmt die Vorschläge von Gleichaltrigen ohne Konflikt oder Widerstand (z. B. überlegt es mit anderen zusammen

CaregiverSectionIntro4

[html]

HomeHOMEA

Wie viele Kinderbücher haben Sie zu Hause?

- 0:** Keine
- 1:** 1 - 2
- 2:** 3 - 9
- 3:** 10 - 19
- 4:** 20 oder mehr

Wie oft ißt Ihr Kind eine Mahlzeit mit Familienmitgliedern?

- 5:** Mehr als einmal pro Tag
- 4:** Einmal pro Tag
- 3:** Mehrmals pro Woche
- 2:** Einmal pro Woche
- 1:** Einmal pro Monat oder weniger
- 0:** Nie

Wie viele Stunden pro Tag läuft der Fernseher bei Ihnen zu Hause?

[Texteingabe]

Hat Ihre Familie einen zuverlässigen Internetzugang?

[boolean]

Wie oft kommt Ihre ganze Familie mit Verwandten oder Freunden zusammen?

- 5:** Einmal in der Woche oder öfter
- 4:** Zwei- oder dreimal im Monat
- 3:** Einmal im Monat
- 2:** Einige Male im Jahr
- 1:** Einmal im Jahr oder weniger

Wie oft verbringt Ihr Kind mit Ihnen oder einem anderen Erwachsenen zu Hause Zeit mit Aktivitäten im Freien?

- 5:** Einmal am Tag oder öfter
- 4:** Mindestens viermal in der Woche
- 3:** Einmal in der Woche
- 2:** Einmal im Monat
- 1:** Einige Male im Jahr oder weniger
- 0:** Nie

Wie oft haben Sie oder ein anderer Erwachsener in Ihrem Haushalt die Gelegenheit, Ihrem Kind Geschichten vorzulesen?

- 5:** Jeden Tag
- 4:** Etwa 3 Mal pro Woche
- 3:** Einmal pro Woche

2: Mehrmals im Monat

1: Mehrmals im Jahr

0: Nie

Wie oft gehen Sie oder ein anderer Erwachsener in Ihrem Haushalt mit Ihrem Kind zum Einkaufen?

4: Zweimal in der Woche oder öfter

3: Einmal in der Woche

2: Einmal im Monat

1: Kaum jemals

Hat Ihr Kind ein Tablet oder Smartphone, das es regelmäßig benutzt, Hat Ihr Kind ein Tablet oder Smartphone

[boolean]

Verfügt Ihre Familie über einen Computer, zu dem Ihr Kind Zugang hat?

[boolean]

Wie oft hat ein Familienmitglied Ihr Kind im vergangenen Jahr in ein beliebiges Museum (Kindermuseum, wissenschaftliches Museum, Kunstmuseum, historisches Museum usw.) mitgenommen oder einen solchen Besuch organisiert?

4: Etwa einmal in der Woche oder öfter

3: Etwa einmal im Monat oder öfter

2: Mehrere Male

1: Ein oder zweimal

0: Nie

Sometimes children get so angry at their parents that they say things like I hate you or swear in a temper tantrum. If your child said something like I hate you or swore at you, would you...

Hausarrest erteilen

[boolean]

Sie verhauen es

[boolean]

Sie sprechen mit ihm/ihr

[boolean]

Sie erteilen ihm/ihr eine Hausarbeit

[boolean]

Sie ignorieren es

[boolean]

Sie schicken es für mehr als 1 Stunde in sein/ihr Zimmer

[boolean]

Sie entziehen ihm/ihr das Taschengeld

[boolean]

Sie entziehen ihm/ihr das Fernsehen, Telefon oder sonstige Privilegien

[boolean]

Sie verordnen ihm/ihr eine kurze Auszeit

[boolean]

Sonstiges, bitte angeben

[Kommentarfeld]

page16

HomeHOMEB

Wie oft wird von Ihrem Kind erwartet, dass es sein Bett selbst macht?

- 4:** Fast immer
- 3:** Mehr als die Hälfte der Zeit
- 2:** Die Hälfte der Zeit
- 1:** Weniger als die Hälfte der Zeit
- 0:** Fast nie

Wie oft wird von Ihrem Kind erwartet, dass es sein eigenes Zimmer aufräumt?

- 4:** Fast immer
- 3:** Mehr als die Hälfte der Zeit
- 2:** Die Hälfte der Zeit
- 1:** Weniger als die Hälfte der Zeit
- 0:** Fast nie

Wie oft wird von Ihrem Kind erwartet, dass es hinter sich selbst aufräumt?

- 4:** Fast immer
- 3:** Mehr als die Hälfte der Zeit
- 2:** Die Hälfte der Zeit
- 1:** Weniger als die Hälfte der Zeit
- 0:** Fast nie

Gibt es ein Musikinstrument (z. B. Klavier, Trommel, Gitarre usw.), das Ihr Kind zu Hause spielen kann?

[boolean]

Wie oft liest Ihr Kind zum Vergnügen?

- 4:** Täglich
- 3:** Mehrmals in der Woche
- 2:** Mehrmals im Monat
- 1:** Mehrmals im Jahr
- 0:** Nie

Ermutigt Ihre Familie Ihr Kind, ein Hobby anzufangen und fortzuführen?

[boolean]

Bekommt Ihr Kind speziellen Unterricht oder gehört es einer Organisation an, die Aktivitäten wie Sport, Kunst, Kunst, Tanz, Theater usw. fördert?

[boolean]

Wie oft hat ein Familienmitglied Ihr Kind im letzten Jahr zu einer Musik- oder Theateraufführung mitgenommen oder dafür gesorgt, dass es mitgenommen wird?

- 4:** Etwa einmal in der Woche oder öfter
- 3:** Etwa einmal im Monat oder öfter
- 2:** Mehrere Male
- 1:** Ein oder zweimal
- 0:** Nie

Wenn Ihre Familie fernsieht oder Inhalte im Internet ansieht, sprechen Sie oder ein anderer Erwachsener im Haushalt mit Ihrem Kind darüber?

- 4:** Fast immer
- 3:** Mehr als die Hälfte der Zeit
- 2:** Die Hälfte der Zeit
- 1:** Weniger als die Hälfte der Zeit
- 0:** Fast nie

Wie oft wird von Ihrem Kind erwartet, dass es verschüttete Flüssigkeiten aufwischt?

- 4:** Fast immer
- 3:** Mehr als die Hälfte der Zeit
- 2:** Die Hälfte der Zeit
- 1:** Weniger als die Hälfte der Zeit

0: Fast nie

Wie oft wird von Ihrem Kind erwartet, dass es sich selbst badet?

4: Fast immer

3: Mehr als die Hälfte der Zeit

2: Die Hälfte der Zeit

1: Weniger als die Hälfte der Zeit

0: Fast nie

Wie oft wird von Ihrem Kind erwartet, dass es bei der Ordnung und Sauberkeit der gemeinsamen Wohnbereiche hilft?

4: Fast immer

3: Mehr als die Hälfte der Zeit

2: Die Hälfte der Zeit

1: Weniger als die Hälfte der Zeit

0: Fast nie

Wie oft wird von Ihrem Kind erwartet, dass es Routinearbeiten wie Rasen mähen, beim Abendessen helfen, Geschirr spülen usw. erledigt?

4: Fast immer

3: Mehr als die Hälfte der Zeit

2: Die Hälfte der Zeit

1: Weniger als die Hälfte der Zeit

0: Fast nie

Wie oft wird von Ihrem Kind erwartet, dass es seine Zeit selbst einteilt (pünktlich aufstehen, Wie oft wird von Ihrem Kind erwartet

- 4:** Fast immer
- 3:** Mehr als die Hälfte der Zeit
- 2:** Die Hälfte der Zeit
- 1:** Weniger als die Hälfte der Zeit
- 0:** Fast nie

page17

WIE OFT HATTEN SIE IM LETZTEN MONAT das Gefühl...

0 1 2 3 4

dass es viel schwieriger ist, sich um Ihr Kind zu kümmern als um andere Kinder seines Alters?

dass Ihr Kind Dinge tut, die Sie wirklich sehr stören?

wütend auf Ihr Kind zu sein?

page18

Diese Aussagen beschreiben, wie sich verschiedene Betreuungspersonen gegenüber ihren Kindern verhalten. Bitte denken Sie darüber nach, wie gut jede Aussage die Art und Weise beschreibt, wie Sie Ihr Kind behandeln.

Geben Sie an, ob Sie jeden Punkt fast jeden Tag, einmal pro Woche, einmal im Monat oder fast nie tun.

1 2 3 4

Ich Sorge dafür, dass mein Kind genau weiß, Ich Sorge dafür

Ich sage meinem Kind immer, wie es sich verhalten soll.

Ich bestehe darauf, dass mein Kind genau das tut, Ich bestehe darauf

Ich gebe meinem Kind das Gefühl, gewollt und gebraucht zu werden.

Ich lasse mein Kind alles tun, was es tun möchte.

Ich gebe meinem Kind das Gefühl, dass das, was es tut, wichtig ist.

Es ist mir wichtig, was mein Kind denkt, und ich ermutige es, darüber zu sprechen.

Ich möchte kontrollieren, was mein Kind tut.

Ich lasse mein Kind wissen, dass ich es liebe.

Ich behandle mein Kind sanft und freundlich.

page19

Alle Erwachsenen verwenden bestimmte Methoden, um Kindern das richtige Verhalten beizubringen oder ein Verhaltensproblem anzugehen. Bitte lesen Sie die folgenden Methoden und wählen Sie aus, Alle Erwachsenen verwenden bestimmte Methoden

Sie haben Privilegien entzogen, ihrem Kind etwas verboten, oder ihm nicht erlaubt, oder ihm nicht erlaubt, das Haus zu verlassen.

[boolean]

Sie erklärten ihm, warum etwas (das Verhalten) falsch war.

[boolean]

Sie haben es angebrüllt oder angeschrien.

[boolean]

Sie haben es versohlt, geschlagen oder geohrfeigt.

[boolean]

Glauben Sie, dass Sie Ihr Kind körperlich bestrafen müssen, Glauben Sie

[boolean]