

Traumasympptome (Screening) (aus CBCL 1 ½-5 Jahre)

Name (des Kindes): _____

Fragebogen wurde ausgefüllt von:

Geschlecht: Junge Mädchen

Vater Mutter

Alter des Kindes: _____

Andere (genaue Bezeichnung):

Geburtstag des Kindes _____

Punktzahl (Cut-off PTBS: 9 Punkte) _____

Heutiges Datum _____

0 = nicht zutreffend 1 = etwas oder manchmal zutreffend 2 = genau oder häufig zutreffend

- 5. Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen..... 0 1 2
- 10. Klammert sich an Erwachsene oder ist zu abhängig.....0 1 2
- 15. Ist trotzig.....0 1 2
- 32. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Plätzen
(Kindergarten oder Hort ausgenommen); bitte beschreiben _____

_____ 0 1 2
- 45. Übelkeit (ohne bekannte körperlich Ursachen).....0 1 2
- 47. Ist nervös oder angespannt.....0 1 2
- 48. Hat Alpträume.....0 1 2
- 78. Magenschmerzen oder Bauchkrämpfe (ohne körperliche Ursache).....0 1 2
- 81. Ist störrisch, mürrisch oder reizbar.....0 1 2
- 82. Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gefühlswechsel.....0 1 2
- 87. Fürchtet sich zu sehr, ist ängstlich.....0 1 2
- 90. Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen.....0 1 2
- 93. Erbrechen (ohne bekannte körperliche Ursache).....0 1 2
- 94. Wacht nachts häufig auf.....0 1 2
- 98. Ist verschlossen, nimmt keinen Kontakt mit anderen auf.....0 1 2