

Fragebogen zu den Erfahrungen von Kindern und Jugendlichen: Version für Eltern (CASE Parent) – German Translation

Name:	Name Ihres Kindes:
--------------	---------------------------

Liebe Eltern, in diesem Fragebogen geht es um Ereignisse, die Kinder als angenehm oder unangenehm erleben können. Falls sich eins der folgenden Ereignisse in den letzten 12. Monaten im Leben ihres Kindes ereignet hat, kreuzen Sie bitte „Ja“ an. In diesem Fall, kreuzen Sie bitte auch an, wie angenehm oder unangenehm das jeweilige Ereignis für Ihr Kind war. Ist das Ereignis in den letzten 12. Monaten nicht im Leben Ihres Kindes aufgetreten, dann kreuzen Sie bitte „Nein“ an. In diesem Fall geht es gleich weiter zur nächsten Frage.

Bitte nicht vergessen: Falls Sie mit „Ja“ geantwortet haben, kreuzen Sie bitte auch an wie angenehm oder unangenehm das Ereignis für Ihr Kind war. Notieren Sie bitte das Datum vor 12 Monaten: _____ In den letzten 12 Monaten....								
	Ja	Nein	Sehr angenehm	Ziemlich angenehm	Eher angenehm	Eher unangenehm	Ziemlich unangenehm	Sehr unangenehm
1. Wir sind umgezogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Unser/mein Kind (oder ihr/sein Team) hat einen Preis, Auszeichnung oder Wettbewerb gewonnen (z.B. Schule, Sport, Musik, Tanz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wir/ich war/en über Nacht ausser Haus (z.B. Krankenhaus, Urlaub, Arbeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Unser/mein Kind hat einen neuen Freund / eine neue Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich oder mein Partner hat den Arbeitsplatz gewechselt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jemand, ausserhalb unserer Familie, der meinem Kind nahe stand, ist weggezogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jemand in unserer Familie war sehr krank oder schwer verletzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich und/oder mein/e Partner/in fand/en heraus, dass ich/ wir ein Baby bekommen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich/wir wurde/n von der Schule zu einem Elterngespräch aufgefordert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Unser/mein Kind übernachtete auswärts (z. B. Lager, Urlaub, Krankenhaus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Eine weitere Person ist in unseren Haushalt eingezogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Unser/mein Kind wurde gehänselt oder gemobbt/schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Das Haustier meines Kindes ist krank geworden, entlaufen, oder wurde verletzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Unser/mein Kind hatte einen heftigen Streit mit jemandem in unserer Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Unser/mein Kind war sehr krank oder verletzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mein/e Partner/in und ich haben uns getrennt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Mein Kind hat bei einer wichtigen Prüfung gut abgeschnitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Mein/e Partner/in oder ich hat/habe den Arbeitsplatz verloren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Unser/mein Kind hat sich von ihrem /seiner Freund/in getrennt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen zu den Erfahrungen von Kindern und Jugendlichen: Version für Eltern (CASE) – German Translation

Name:	Name Ihres Kindes:							
Notieren Sie bitte das Datum vor 12 Monaten: _____ In den letzten 12 Monaten....								
	Ja	Nein	Sehr angenehm	Ziemlich angenehm	Eher angenehm	Eher unangenehm	Ziemlich unangenehm	Sehr unangenehm
20. Unser/mein Kind hatte eine heftigen Streit mit jemandem, ausserhalb der Familie, der ihr/ihm nahe stand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Unser/mein Kind hat eine/n neue/n gute/n Freund/in gewonnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Unser/mein Kind wurde Zeuge eines schlimmen Ereignisses (z.B. Autounfall, Überfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Unser/mein Kind hat die Schule gewechselt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. In unserer Familie ist jemand gestorben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Innerhalb unserer Familie gab es eine heftige Auseinandersetzung (mein Kind war dabei nicht direkt involviert)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ich habe geheiratet, habe mich verlobt oder eine neue Beziehung begonnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Jemand ist bei uns eingebrochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Jemand in unserer Familie ist von zu Hause ausgezogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Unser/mein Kind hatte ausserhalb unserer Familie eine Auseinandersetzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Unser/mein Kind bekam bei einer wichtigen Prüfung eine schlechte Note	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Jemand ausserhalb unserer Familie, der meinem Kind nahe stand, ist gestorben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Unser/mein Kind wurde zum Klassensprecher oder für eine andere verantwortungsvolle Aufgabe gewählt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ein/e Lehrer/in hat unser/mein Kind zurecht gewiesen oder bestraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Unser/mein Kind hat ein neues Hobby, eine neue Sportart oder eine andere Freizeitsbeschäftigung begonnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Unser/mein Kind hat erfahren, dass er/sie das Schuljahr wiederholen muss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Jemand, ausserhalb unserer Familie, der meinem Kind nahe stand, war sehr krank oder verletzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Der Vater meines Kindes hat geheiratet, sich verlobt, oder eine neue Beziehung begonnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Unser/mein Kind hatte einen besonders schönen Urlaub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Ereignisse:								
39.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>