

Trauma-Screeningbogen für Kinder (TSK/10)

Name: _____ Alter: _____ Jahre Klasse: _____

Wann ist Dein Unfall passiert? Am Tag: _____/Monat: _____/Jahr: 20_____

Heutiges Datum: _____ / _____ / _____

Bitte kreuze an, ob Du die folgenden Dinge seit dem Unfall erlebt hast:

1. Hast Du viele Gedanken oder Erinnerungen an den Unfall, die Du nicht haben möchtest?	JA	NEIN
2. Hast Du schlecht von dem Unfall geträumt?	JA	NEIN
3. Fühlst oder verhältst Du Dich so, als würde der Unfall gleich wieder passieren?	JA	NEIN
4. Hast du körperliche Beschwerden (wie schnelles Herzklopfen, Übelkeit, Schwitzen oder Schwindel), wenn Du an den Unfall erinnert wirst?	JA	NEIN
5. Hast Du Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen?	JA	NEIN
6. Bist Du schlecht gelaunt oder wirst Du schnell wütend?	JA	NEIN
7. Lässt Du Dich durch Erinnerungen an den Unfall aus der Fassung bringen?	JA	NEIN
8. Kannst Du Dich schwer konzentrieren?	JA	NEIN
9. Bist Du besonders vorsichtig, weil Dir oder anderen etwas passieren könnte?	JA	NEIN
10. Zuckst Du zusammen, wenn irgendetwas plötzlich oder überraschend passiert?	JA	NEIN

Summe Ja-Antworten: _____

© für die Originalversion: Justin Kenardy, 2006

© für die deutsche Version: Goldbeck & Besier 2007

Auswertung des TSK-10

Nach den Angaben von Kenardy J., Pediatrics 118, 1002-9 (2006) wird ein Grenzwert von ≥ 5 Ja-Antworten als Hinweis auf klinisch relevante posttraumatische Stresssymptome betrachtet.