

Pat.-Code: _____

Datum: _____

TAVI-E

Im Folgenden finden Sie verschiedene Trennungssituationen, vor denen Kinder und Jugendliche Angst haben können. Bitte geben Sie an, wie **stark** Ihr Kind vor den genannten Trennungssituationen **Angst** hat und wie **häufig** es die genannten Situationen **vermeidet**.

Beachten Sie dabei, dass es hier nur um Angst und Vermeidung geht, die dadurch begründet sind, dass Ihr Kind in diesen Situationen Angst hat, sich von Ihnen oder anderen wichtigen Bezugspersonen zu trennen.

Beispiel:

Wenn Ihr Kind trotz *sehr starker Angst*, von Ihnen getrennt zu sein, bei seinen Großeltern *manchmal* übernachtet, würden Sie folgendes ankreuzen:

	Angst vor Trennungssituationen					Vermeidung von Trennungssituationen				
	<i>Keine Angst</i>	<i>Leichte Angst</i>	<i>Mittlere Angst</i>	<i>Starke Angst</i>	<i>Sehr starke Angst</i>	<i>Mein Kind macht das immer/vermeidet nie</i>	<i>Mein Kind macht das oft/vermeidet selten</i>	<i>Mein Kind macht das gelegentlich/vermeidet gelegentlich</i>	<i>Mein Kind macht das selten/vermeidet oft</i>	<i>Mein Kind macht das nie/vermeidet immer</i>
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
allein bei Verwandten (z.B. Oma/ Opa) übernachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pat.-Code: _____

Datum: _____

Bitte geben Sie im Folgenden nun das Ausmaß der Angst bzw. Vermeidung Ihres Kindes in den hier beschriebenen Trennungssituationen an:

		Angst vor Trennungssituationen					Vermeidung von Trennungssituationen				
		Keine Angst	Leichte Angst	Mittlere Angst	Starke Angst	Sehr starke Angst	Ich mache das immer/ vermeide nie	Ich mache das oft/ vermeide selten	Ich mache das gelegentlich/ vermeide gelegentlich	Ich mache das selten/ vermeide oft	Ich mache das nie/ vermeide immer
		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1.	allein zu Freund/ Freundin gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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.	abends allein zu Hause sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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.	im Dunkeln einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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.	allein bei Verwandten (z.B. Oma/ Opa) übernachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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.	zur Schule/ Kindergarten gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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.	im eigenen Bett einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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.	tagsüber allein zu Hause sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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.	allein bei Freund/ Freundin übernachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pat.-Code: _____

Datum: _____

		Angst vor Trennungssituationen					Vermeidung von Trennungssituationen				
		Keine Angst	Leichte Angst	Mittlere Angst	Starke Angst	Sehr starke Angst	Ich mache das immer/ vermeide nie	Ich mache das oft/ vermeide selten	Ich mache das gelegent- lich/ vermeide gelegent- lich	Ich mache das selten/ vermeide oft	Ich mache das nie/ vermeide immer
		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
9.	allein mit einer anderen Person (z.B. Babysitter, ältere Geschwister) zu Hause bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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.	allein einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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.	nach Hause zu kommen und niemand ist da	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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.	auf eine Klassenfahrt /Ferienlager auf eine Klassenfahrt /Ferienlager zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>