



Vermeidung negativer Affekte

Wie oft treffen die folgenden Aussagen zu?

Wie oft...

nie selten gelegentlich oft kann ich nicht beurteilen

... fällt es dir schwer, zur Schule zu gehen, weil du Angst hast?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... hast du Angst vor bestimmten Lehrkräften oder anderen Personen in der Schule?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... bekommst du am Wochenende Angst, wenn du an die Schule denkst?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... hast du in der Schule Angst, dass dir etwas Peinliches passiert?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... hast du in der Schule Angst, dass du nicht aus dem Klassenzimmer darfst, wenn es dir schlecht geht?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... fühlst du dich in der Schule traurig oder antriebslos?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... fühlst du dich in der Schule hilflos?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... fühlst du dich in der Schule unglücklich?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... bist du in der Schule müde oder schlapp?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... hast du in der Schule Bauch- oder Kopfschmerzen?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... ist dir in der Schule übel oder schlecht?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... hast du Angst, dich in der Schule zu übergeben oder nicht rechtzeitig zur Toilette zu kommen?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... hast du in der Schule Angst, keine Luft zu bekommen oder umzukippen?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... wirst du in der Schule wütend oder sauer?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... ärgerst du dich in der Schule über etwas?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Wie oft treffen die folgenden Aussagen zu?**

Wie oft...

	nie	selten	gelegentlich	oft	kann ich nicht beurteilen
--	-----	--------	--------------	-----	---------------------------

... hast du das Gefühl, dass dich in der Schule niemand versteht?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... denkst du darüber nach, einfach nicht mehr zur Schule zu gehen?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... fühlst du dich in der Schule unsicher?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Trennungsangst von den Eltern**Wie oft treffen die folgenden Aussagen zu?**

Wie oft...

	nie	selten	gelegentlich	oft	kann ich nicht beurteilen
--	-----	--------	--------------	-----	---------------------------

... wünschst du dir, lieber bei deinen Eltern oder deiner Familie zu sein als in der Schule?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... vermisst du im Schulalltag deine Eltern?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... denkst du in der Schule an deine Eltern?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... wünschst du dir, früher von der Schule nach Hause zu dürfen, um bei deinen Eltern bzw. deiner Familie zu sein?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... wünschst du dir, lieber bei deinen Eltern oder bei deiner Familie zu bleiben, statt in die Schule zu gehen?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... hast du in der Schule Angst, dass deiner Familie etwas passiert, wenn du nicht bei ihr bist?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... fühlst du dich in der Schule allein, weil deine Familie nicht da ist?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... hast du in der Schule das Gefühl, dass du zu Hause gebraucht wirst?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Vermeidung sozialer Ängste**Wie oft treffen die folgenden Aussagen zu?**

Wie oft...

	nie	selten	gelegentlich	oft	kann ich nicht beurteilen
--	-----	--------	--------------	-----	---------------------------



Wie oft treffen die folgenden Aussagen zu?

Wie oft...

	nie	selten	gelegentlich	oft	kann ich nicht beurteilen
--	-----	--------	--------------	-----	---------------------------

... traust du dich in den Pausen nicht zu sprechen, weil andere Kinder in der Nähe sind?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... ist es dir unangenehm, in der Schule etwas zu sagen, wenn andere dich ansprechen oder dir eine Frage stellen?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... hast du Angst, vor der Klasse zu sprechen - zum Beispiel bei einem Vortrag bzw. Referat?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... hast du Angst, dass dir in der Schule etwas Peinliches passiert und andere über dich lachen?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... fühlst du dich unsicher, wenn du mit anderen in der Schule zusammen bist - egal ob mit Mitschülerinnen und Mitschülern oder Erwachsenen?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... fällt es dir schwer, mit Mitschülerinnen und Mitschülern zu reden oder zu spielen?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... meidest du bestimmte Orte in der Schule, weil du dort mit anderen sprechen musst?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... willst du nicht in die Schule gehen, weil du dort mit anderen reden müsstest?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... vermeidest du es, dich zu melden, obwohl du die Antwort weißt?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... fühlst du dich beobachtet oder von anderen in der Schule bewertet?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... hast du das Gefühl, dass du dich in der Schule verstehen musst, damit andere dich mögen?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Angst vor und Vermeiden von Prüfungssituationen

Wie oft treffen die folgenden Aussagen zu?

Wie oft...

	nie	selten	gelegentlich	oft	kann ich nicht beurteilen
--	-----	--------	--------------	-----	---------------------------

... hast du Angst, in der Schule eine schlechte Note zu bekommen?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... geht es dir schlecht, wenn du an die nächste Klassenarbeit denkst?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



Wie oft treffen die folgenden Aussagen zu?

Wie oft...

	nie	selten	gelegentlich	oft	kann ich nicht beurteilen
--	-----	--------	--------------	-----	---------------------------

... denkst du, dass du nicht gut genug bist für die Schule?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... hast du Angst, dass du die Erwartungen deiner Lehrerinnen und Lehrer oder deiner Eltern nicht erfüllen kannst?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... fühlst du dich schlecht, wenn du in einer Arbeit einen Fehler gemacht hast.

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... vergleichst du dich mit anderen und denkst, dass sie besser wären als du?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

spürbare positive Verstärkung durch schulvermeidendes Verhalten

Wie oft treffen die folgenden Aussagen zu?

	nie	selten	gelegentlich	oft	kann ich nicht beurteilen
--	-----	--------	--------------	-----	---------------------------

Dich mit Freundinnen oder Freunden treffen

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Rausgehen, um andere zu sehen oder mit ihnen etwas zu unternehmen

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Einfach zu Hause bleiben

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Im Park oder in der Natur Zeit verbringen

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Am Computer, Notebook, Tablet oder an der Spielekonsole spielen

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Serien oder Filme schauen

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Am Handy spielen

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Lange schlafen bzw. besonders lange im Bett bleiben

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Draußen spielen

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Arbeiten bzw. Geld verdienen

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



Wie oft treffen die folgenden Aussagen zu?	nie	selten	gelegentlich	oft	kann ich nicht beurteilen
Einkaufen gehen	<input type="checkbox"/>				
Zu Hause helfen (zum Beispiel beim Kochen, Putzen oder bei der Betreuung von Geschwistern)	<input type="checkbox"/>				

Probleme mit Gleichaltrigen

Wie oft treffen die folgenden Aussagen zu? Wie oft...	nie	selten	gelegentlich	oft	kann ich nicht beurteilen
... bist du in der Schule traurig, weil du dich mit deinen Mitschülerinnen und Mitschülern gestritten hast?	<input type="checkbox"/>				
... fühlst du dich in der Schule alleine, weil andere Schülerinnen und Schüler nicht mit dir spielen wollen?	<input type="checkbox"/>				
... bist du traurig, weil du nur wenig Freunde in der Klasse hast?	<input type="checkbox"/>				
... hast du Angst, dass andere Kinder gemein zu dir sind oder dich hänseln?	<input type="checkbox"/>				
... hast du das Gefühl, dass du in der Klasse nicht richtig dazugehörst?	<input type="checkbox"/>				
... wirst du manchmal ausgeschlossen oder ignoriert von anderen?	<input type="checkbox"/>				
... hast du schon erlebt, dass andere über dich lachen oder dich ärgern?	<input type="checkbox"/>				

Probleme mit Lehrkräften

Wie oft treffen die folgenden Aussagen zu? Wie oft...	nie	selten	gelegentlich	oft	kann ich nicht beurteilen
... hast du das Gefühl, dass deine Lehrerinnen und Lehrer zu viel von dir erwarten?	<input type="checkbox"/>				
... geht es dir schlecht, weil du Streit mit einem Lehrer bzw. einer Lehrerin hast?	<input type="checkbox"/>				



Wie oft treffen die folgenden Aussagen zu?

Wie oft...

	nie	selten	gelegentlich	oft	kann ich nicht beurteilen
--	-----	--------	--------------	-----	---------------------------

... hast du das Gefühl, dass deine Lehrerinnen und Lehrer dich nicht mögen?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... hast du das Gefühl, dass deine Lehrerinnen und Lehrer unfair und gemein zu dir sind?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... hast du das Gefühl, dass deine Lehrerinnen und Lehrer dich nicht verstehen?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Probleme innerhalb der Familie

Wie oft treffen die folgenden Aussagen zu?

Wie oft...

	nie	selten	gelegentlich	oft	kann ich nicht beurteilen
--	-----	--------	--------------	-----	---------------------------

... hast du das Gefühl, dass deine Eltern dich nicht richtig lieb haben?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... hast du das Gefühl, dass deine Eltern nicht so richtig für dich da sind?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... hast du das Gefühl, dass deine Eltern dich vergessen oder übersehen?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... hast du das Gefühl, dass deine Eltern wenig mit dir unternehmen oder sich nicht für dich interessieren?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... hast du das Gefühl, dass deine Eltern dich ungerecht behandeln?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... machen dich Probleme in deiner Familie traurig?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... bereitet dir das, was in deiner Familie passiert, Kummer?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... bist du durcheinander, weil es bei dir Zuhause Schwierigkeiten gibt?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... fühlst du dich in deiner Familie allein oder ausgeschlossen?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... hast du das Gefühl, dass du zu Hause nicht du selbst sein kannst?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



Schulzufriedenheit

Inwieweit stimmen die folgenden Aussagen?	stimmt gar nicht	stimmt eher nicht	stimmt eher	stimmt genau	kann ich nicht beurteilen
Insgesamt bin ich mit meiner Schule sehr zufrieden.	<input type="checkbox"/>				
Ich fühle mich an meiner Schule wohl.	<input type="checkbox"/>				
Meine Schule ist toll.	<input type="checkbox"/>				
An meiner Schule gefällt es mir sehr gut.	<input type="checkbox"/>				
Ich kann anderen meine Schule sehr empfehlen.	<input type="checkbox"/>				
Wenn ich es mir aussuchen könnte, würde ich wieder auf meine Schule gehen.	<input type="checkbox"/>				
Es gibt viele Dinge in meiner Schule, die mir richtig gut gefallen.	<input type="checkbox"/>				