

Name/Code: _____ Datum: _____

Art der Einrichtung: _____

RISC – JB Regensburger Intercultural Stress Check

Betreuer-Checkliste Jugendliche/r: m o w o Alter _____

Nimmst Du Medikamente? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> möglich <input type="radio"/> kann ich nicht beurteilen <input type="radio"/>	Wenn ja, bitte Namen des/der Medikaments(e), Dosierung und seit wann? Auf der Rückseite notieren.
---	---

Geeignet von 13 bis 21 Jahre bzw. ab 7.Klasse

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Fragen immer bezogen auf die altersentsprechende Vergleichsgruppe bewerten. Wenn nicht beurteilbar, Frage einfach nicht beantworten.		nie	sel- ten	ge- le- gent- lich	oft	sehr oft
		0	1	2	3	4
1	Ist er/sie weinerlich?					
2	Fordert der Jugendliche mehr Aufmerksamkeit als andere?					
3	Zeigt er/sie Konzentrationsstörungen?					
4	Ist d. Jugendliche vergesslich, z.B. bei Hausaufgaben, Unterschrift d. Eltern?					
5	Wirkt er/sie chaotisch, unorganisiert?					
6	Zeigt er/sie dem eigentlichen Alter unangemessenes Verhalten?					
7	Kann er/sie sich schlecht entscheiden oder nicht bei einer Entscheidung bleiben?					
8	Ist er/sie motorisch unruhig? Kann er/sie nicht sitzen bleiben wie erwartet?					
9	Zieht sich der Jugendliche häufiger als andere zurück?					
10	Ist er/sie Lärm-/Geruchs-/Berührungs-empfindlich?					
11	Ist er/sie leicht reizbar?					
12	Zeigt er/sie Wutausbrüche?					
13	Ist er/sie schreckhaft?					
14	Ist er/sie häufig körperlich oder verbal aggressiv?					
15	Traut er/sie sich nichts zu?					
16	Lügt er/sie häufiger als andere Jugendliche in diesem Alter?					
17	Ist er/sie misstrauisch?					
18	Starrt er/sie manchmal vor sich hin?					
19	Zeigt er/sie eine mangelnde Wahrnehmung von Bedrohung und Gefahren?					
20	Sucht er/sie aktiv gefährliche Situationen?					
21	Verletzt er/sie sich selbst?					
22	Hat der/die Jugendliche Essstörungen (zu viel oder zu wenig oder extrem wählerisch oder Erbrechen)?					
23	Scheint er/sie manchmal charakterlich ein anderer zu sein?					
24	Hat der/die Jugendliche Schlafstörungen (Ein- und/oder Durchschlafstörungen, Alpträume, Schlafwandeln)?					
25	Hat d. Jugendliche körperliche Beschwerden wie z.B. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen etc.?					
26	Äußert der Jugendliche suizidale Gedanken oder zeigt er suizidale Aktivitäten?					
SUMME						

© B. Leinberger und T.H.Loew, Abteilung für Psychosomatik, Universitätsklinikum Regensburg, 2016.

