

Name/Code: _____ Datum: _____

Art der Einrichtung: _____

RISC – KB Regensburger Intercultural Stress Check

Betreuer-Checkliste Kind: **m** **w** 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 bis 13 Jahre bzw. oder einschließlich 7. Klasse

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Fragen immer bezogen auf die altersentsprechende Vergleichsgruppe bewerten. Wenn nicht beurteilbar, Frage einfach nicht beantworten.		nie 0	sel- ten 1	ge- le- gent- lich 2	oft 3	sehr oft 4
1	Ist es motorisch unruhig? Kann es nicht sitzen bleiben wie erwartet, und /oder schaukelt das Kind manchmal auf dem Stuhl (Kippeln)?					
2	Spielt es den Klassenclown?					
3	Zeigt es Konzentrationsstörungen?					
4	Wirkt es chaotisch, unorganisiert?					
5	Ist es häufig körperlich oder verbal aggressiv?					
6	Ist es leicht reizbar?					
7	Lügt es häufiger als andere Kinder in diesem Alter?					
8	Schweift es gedanklich ab?					
9	Sieht es manchmal starr in eine Richtung?					
10	Ist das Kind vergesslich, z.B. Hausaufgaben, Unterschrift d. Eltern etc.?					
11	Kann es sich schlecht entscheiden oder nicht bei einer Entscheidung bleiben?					
12	Ist es Lärm-/ Geruchs- oder Berührungsempfindlich?					
13	Ist es schreckhaft?					
14	Traut es sich nichts zu?					
SUMME						

