

Name/Code: _____ (für wiederholte Messungen, z.B. nach Therapie)

Datum: _____

Ort: _____ Art der Einrichtung: Einrichtung (mehr als 8 Bewohner) Wohngruppe Pflegefamilie
(Zutreffendes ankreuzen)

RETROS-JB REgensburger Jugendlichen- TRauma-RisikO-Score (Version 3.0)

Unterstützen Sie die Weiterentwicklung dieses Tests – Anonymisierte, ausgefüllte Bögen an die **0 9 4 1 9 4 4 7 3 7 7** faxen (Abt. für Psychosomatik, Universitätsklinikum Regensburg) oder einfach Foto vom ausgefüllten Bogen an die traumahelfer@gmail.com schicken. Danke

Betreuer-Checkliste (hilft die Beobachtungen zu systematisieren, keine Einverständniserklärung erforderlich)

Jugendlicher: **m o w o** Alter _____

Nimmt er / sie Medikamente? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> kann ich nicht beurteilen <input type="checkbox"/>	Wenn möglich, bitte Name des/der Medikaments(e), Dosierung und seit wann? auf der Rückseite notieren.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

Geeignet von 14 bis 21 Jahre		Bitte Zutreffendes ankreuzen				
Fragen immer bezogen auf die Altersentsprechende Vergleichsgruppe bewerten. Wenn nicht beurteilbar, Frage einfach nicht beantworten.		nie	sel-ten	ge-le-gentlich	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						
Auswertung: Punkte addieren - Je höher die Anzahl, desto wahrscheinlicher ist eine Traumafolgestörung , falls wenigstens eine der folgenden Fragen mit „Ja“ beantwortet wurde. Ansonsten könnte eine psychische Erkrankung oder Verhaltensstörung vorliegen .						

	Ergänzungsfragen (Nur beantworten, wenn möglich)	kann ich nicht beurteilen	nein	möglicher-weise	Ja
A	Hat der / die Jugendliche ein Trauma selberlebt? (z.B. körperliche Gewalt, sexuelle Gewalt, Krieg, Erdbeben, schwerer Unfall etc.)				
B	Hat ein naher Familienangehöriger ein Trauma erlebt?				
C	Hat der / die Jugendliche gesehen, wie jemand ein Trauma erlitt?				