

Name/Code: \_\_\_\_\_ (für wiederholte Messungen, z.B. nach Therapie) Datum: \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ Kind lebt bei Vater  Mutter  (bitte zutreffendes ankreuzen), anderer Person (wer?) \_\_\_\_\_

# RETROS-KE

## REgensburger Kinder- 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](mailto:traumahelfer@gmail.com) schicken. Danke!

<b>Kinder: Eltern-Fragebogen</b>	geeignet von 4 bis 13 Jahre	<b>m o w o</b>	<b>Alter</b> _____
----------------------------------	-----------------------------	----------------	--------------------

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

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Fragen	nie	sel-	ge-	oft	sehr
	0	1	le- gent- lich 2	3	oft 4
immer bezogen auf die altersentsprechende Vergleichsgruppe bewerten. <b>Wenn nicht beurteilbar, Frage einfach nicht beantworten.</b>					
1 Zeigt es dem eigentlichen Alter unangemessenes Verhalten?					
2 Ist es motorisch unruhig? Kann es nicht sitzen bleiben wie erwartet?					
3 Fordert es mehr Aufmerksamkeit als andere, schiebt es sich häufig in den Vordergrund?					
4 Zeigt es Konzentrationsstörungen?					
5 Scheint es Tagträume zu haben?					
6 Ist das Kind vergesslich, z.B. Hausaufgaben, Unterschrift d. Eltern etc.?					
7 Sieht es manchmal starr in eine Richtung?					
8 Wirkt es chaotisch, unorganisiert?					
9 Kann es sich schlecht entscheiden oder nicht bei einer Entscheidung bleiben?					
10 Ist es häufig körperlich oder verbal aggressiv?					
11 Ist es Lärm-/ Geruchs- oder Berührungs-empfindlich?					
12 Ist es leicht reizbar?					
13 Zeigt es häufig Wutausbrüche?					
14 Ist es schreckhaft?					
15 Traut es sich nichts zu?					
16 Hat es Trennungsängste?					
17 Lügt es häufiger als andere Kinder im selben Alter?					
18 Wirkt es hilflos?					
19 Verletzt es sich selbst?					
20 Zeigt es eine mangelnde Wahrnehmung von Bedrohung und Gefahren?					
21 Sucht es aktiv gefährliche Situationen?					
22 Hat es Probleme beim Schlafen oder kann es nicht alleine schlafen?					
23 Zeigt es auffallendes Essverhalten (zu viel, zu wenig, Erbrechen, extrem wählerisch)?					
24 Erzählt es, dass manchmal Stimmen zu ihm sprechen oder hat man beim Beobachten den Eindruck, dass jemand der nicht im Raum ist, zu ihm spricht?					
25 Hat es häufig körperliche Beschwerden wie Kopf- oder Bauchschmerzen?					
26 Zeigt es situationsunangemessenes Selbstberuhigungsverhalten, z.B. Selbstbefriedigung, Lutschen, Kauen?					

**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	kann ich nicht beurteilen	nein	möglicher-weise	ja
A Hat das Kind ein Trauma selbst erlebt? (z.B. körperliche Gewalt, sexuelle Gewalt, Krieg, Erdbeben, schwerer Unfall etc.)				
B Hat ein naher Familienangehöriger ein Trauma erlebt?				
C Hat das Kind gesehen, wie jemand ein traumatisches Erlebnis hatte?				