

	<u>trifft zu</u>	<u>trifft nicht zu</u>
27 habe Angst vor anderen Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 habe überhaupt keinen Kontakt zu Gleichaltrigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 prügte mich häufig mit anderen Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dabei ist es auch schon zu ernsthaften Verletzungen gekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 wechsele häufig meine Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 bin in der Schule leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 bin bei den Hausaufgaben leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 bin in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 bin bei den Hausaufgaben unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 bin im Straßenverkehr sehr unüberlegt, vorschnell und riskant in meinem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 habe täglich einen Wutanfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 bin überängstlich, mache mir viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 habe panische Angst vor Spinnen, Mäusen, Hunden und Ratten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 habe panische Angst alleine zuhause zu bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 habe panische Angst vor fremden Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 weigere mich mit fremden Erwachsenen zu sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 habe panische Angst vor Blitz, Donner oder Dunkelheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 habe panische Angst vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 bin übertrieben ordentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45 wasche mir oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46 kontrolliere bestimmte Dinge mehrmals innerhalb weniger Minuten (z.B. das Türen und Fenster verschlossen sind, Schultasche gepackt, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47 kaue oder reiße so stark die Fingernägel, dass es häufiger zu blutenden Verletzungen kommt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48 bin mind. 1x pro Woche für mindestens 3 Stunden traurig oder niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... diese Stimmung steht meistens in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49 war min. 2 Wochen traurig oder niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 bin nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn ich traurig bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51 habe schon einmal ernsthaft gesagt, dass es mich umbringen will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52 lüge häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53 habe zuhause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolleres (Wert größer 30€) gestohlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54 habe schon mindestens 5x weniger wertvolle Dinge gestohlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55 habe schon einmal mit Absicht Dinge, die ihm nicht gehören, zerstört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dabei ist ein Schaden von mind. 30 Euro entstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56 bin schon von zuhause weggelaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57 habe schon mal geraucht oder rauche regelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58 habe schon hin und wieder Alkohol getrunken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59 habe schon mal Drogen genommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Jungs (J1):		
... habe schon meinen Stimmbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe schon andere Pubertätszeichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte schon Sexualkontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Mädchen (J1):		
... habe meine Periode (seit wann?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe schon Brustwachstum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe schon andere Pubertätszeichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte schon Sexualkontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>