

Fragebogen zu Verhaltensauffälligkeiten

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit diesem Fragebogen möchten wir untersuchen, ob bei **Ihrem/Ihrer Angehörigen** bestimmte Verhaltensauffälligkeiten vorliegen.

Falls eine Verhaltensauffälligkeit zutrifft, möchten wir Sie bitten anzugeben, wie ausgeprägt diese Verhaltensauffälligkeit ist.

Es bestehen folgende Antwortmöglichkeiten:

- Sehr selten (weniger als einmal pro Monat) / Sehr leicht
- Selten (circa einmal pro Monat, aber nicht wöchentlich) / Leicht
- Manchmal (circa einmal pro Woche) / Mittel
- Häufig (mehrmals pro Woche, aber nicht täglich) / Schwer
- Sehr häufig (mindestens einmal pro Tag) / Sehr schwer

In den Antwortmöglichkeiten finden Sie Angaben sowohl zum Schweregrad als auch zur Häufigkeit der Verhaltensauffälligkeit; dies, weil je nach Verhaltensauffälligkeit, Schweregrad oder Häufigkeit besser passt.

Bitte lassen Sie **keine Aussagen aus** und kreuzen Sie jeweils **nur eine** Antwortmöglichkeit an.

1	Zeigt er/sie sozial unangebrachtes Verhalten, wie zum Beispiel:	NEIN	Sehr selten / Sehr leicht	Selten / Leicht	Manchmal / Mittel	Häufig / Schwer	Sehr häufig / Sehr schwer
1.1	Unangemessene Annäherungen, wie fremde Personen anfassen oder körperlich ganz nahe kommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	Berühren oder Küssen von fremden Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3	Verbale Aggressionen, wie beschuldigen, anschreien, usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4	Körperliche Aggressionen, wie schlagen, stossen, kratzen, usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5	Urinieren in der Öffentlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6	Kriminelles Verhalten (wie z.B. Diebstahl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Verhaltensbeispiele / Allfällige Kommentare:							
.....							
.....							

2	Ist Ihnen bei ihm/ihr der Verlust von Umgangsformen oder des Anstands aufgefallen, wie zum Beispiel:	NEIN	Sehr selten / Sehr leicht	Selten / Leicht	Manchmal / Mittel	Häufig / Schwer	Sehr häufig / Sehr schwer
2.1	Unpassendes Lachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Fluchen oder Schreien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Beleidigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Unhöfliche oder sexuell anzügliche Bemerkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	Mangel an Anstand (z.B. nicht in der Warteschlange anstehen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	Fehlende Achtung der Privatsphäre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7	Keine angemessene Reaktion auf soziale Signale (z.B. die Person redet weiter, obwohl ihr/ihm signalisiert wird aufzuhören)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8	Mangelnde Körperpflege (z.B. er/sie trägt übelriechende, schmutzige, verschlissene oder unpassende Kleidung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9	Unhöfliches Benehmen in der Öffentlichkeit, wie furzen, an den Geschlechtsteilen kratzen, in den Zähnen herumstochern, spucken oder rülpsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Verhaltensbeispiele / Allfällige Kommentare:							

3	Zeigt er/sie impulsive, unbedachte oder achtlose Handlungen, wie zum Beispiel:	NEIN	Sehr selten / Sehr leicht	Selten / Leicht	Manchmal / Mittel	Häufig / Schwer	Sehr häufig / Sehr schwer
3.1	Rücksichtsloses (Auto-)Fahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Unbedachtes Kaufen oder Verkaufen von Objekten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Unbedachtes Preisgeben von persönlichen Daten wie z.B. die Nummer der Kreditkarte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Verhaltensbeispiele / Allfällige Kommentare:							

4	Haben Sie bemerkt, dass ihm/ihr der Antrieb fehlt, wie zum Beispiel:	NEIN	Sehr selten / Sehr leicht	Selten / Leicht	Manchmal / Mittel	Häufig / Schwer	Sehr häufig / Sehr schwer
4.1	Mangel an Spontanität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	Vermindertes oder fehlendes Interesse für Tätigkeiten, die ihr/ihm früher wichtig waren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	Aufforderungen sind notwendig, damit alltägliche Verrichtungen (wie z.B. Zähneputzen) begonnen oder ausgeführt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4	Gespräche werden nicht begonnen oder aufrechterhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Verhaltensbeispiele / Allfällige Kommentare:							

5	Ist Ihnen aufgefallen, dass er/sie weniger auf die Bedürfnisse und Gefühle anderer eingeht, wie zum Beispiel:	NEIN	Sehr selten / Sehr leicht	Selten / Leicht	Manchmal / Mittel	Häufig / Schwer	Sehr häufig / Sehr schwer
5.1	Gleichgültigkeit gegenüber Schmerz oder Leid anderer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2	Verletzende Bemerkungen zum Schmerz oder Leid anderer Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Verhaltensbeispiele / Allfällige Kommentare:							

6	Ist Ihnen bei ihm/ihr ein vermindertes Interesse an sozialen Kontakten und Beziehungen aufgefallen, wie zum Beispiel:	NEIN	Sehr selten / Sehr leicht	Selten / Leicht	Manchmal / Mittel	Häufig / Schwer	Sehr häufig / Sehr schwer
6.1	Vermindertes Interesse an der Gesellschaft anderer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2	Vermeiden von Blickkontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3	Abnahme von sozialem Engagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Verhaltensbeispiele / Allfällige Kommentare:							

7	Ist Ihnen bei ihm/ihr eine Abnahme von Wärme im zwischenmenschlichen Umgang aufgefallen, wie zum Beispiel:	NEIN	Sehr selten / Sehr leicht	Selten / Leicht	Manchmal / Mittel	Häufig / Schwer	Sehr häufig / Sehr schwer
7.1	Vermeiden von körperlichem Kontakt wie z.B. Berührung oder Umarmung von Partner/Partnerin, Freunden und Verwandten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2	Emotionale Distanziertheit, d. h. nicht mehr auf äussere Einflüsse positiver oder negativer Art emotional reagieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3	Gefühlskälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Verhaltensbeispiele / Allfällige Kommentare:							

8	Haben Sie beobachtet, dass er/sie wiederholt die gleichen Bewegungen ausführt, wie zum Beispiel:	NEIN	Sehr selten / Sehr leicht	Selten / Leicht	Manchmal / Mittel	Häufig / Schwer	Sehr häufig / Sehr schwer
8.1	Reiben der Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2	Klopfen mit Händen oder Füßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3	Klatschen der Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4	Sich kratzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5	Sich an Haut oder Kleidern zupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.6	Summen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7	Räuspern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.8	Mit den Lippen schmatzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Verhaltensbeispiele / Allfällige Kommentare:							

9	Ist Ihnen bei ihm/ihr ein zwanghaftes oder ritualisiertes Verhalten aufgefallen, wie zum Beispiel:	NEIN	Sehr selten / Sehr leicht	Selten / Leicht	Manchmal / Mittel	Häufig / Schwer	Sehr häufig / Sehr schwer
9.1	Zwanghaftes Zählen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2	Zwanghafte Reinigungsrituale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3	Zwanghaftes Sammeln oder Horten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4	Zwanghaftes Kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5	Zwanghaftes Auf-die-Toilette-Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.6	Zwanghaftes Anordnen von Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.7	Zwanghaftes Gehen bestimmter Strecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.8	Zwanghaftes Wiederholen von Wörtern, Sätzen oder Erzählungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Verhaltensbeispiele / Allfällige Kommentare:							

10	Sind Ihnen bei ihm/ihr veränderte Vorlieben für Nahrungsmittel aufgefallen, wie zum Beispiel:	NEIN	Sehr selten / Sehr leicht	Selten / Leicht	Manchmal / Mittel	Häufig / Schwer	Sehr häufig / Sehr schwer
10.1	Verstärktes Verlangen nach Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2	Einschränkung auf den Konsum bestimmter Nahrungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Verhaltensbeispiele / Allfällige Kommentare:							

