

Hat Ihr Kind Übergewicht (Adipositas)?

Ja

Nein

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer
1. ... fühlte sich mein Kind dick und unbeweglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... war mein Kind schnell außer Atem und ihm ging schnell die Puste aus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... war mein Kind wegen seines Gewichts traurig und niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... war mein Kind von den vielen Versuchen dünner zu werden genervt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... hat sich mein Kind wegen seines Gewichts geschämt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... war mein Kind wegen seines Gewichts mit sich selbst unzufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... habe ich mein Kind wegen seines Gewichts kritisiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... musste mein Kind zu Hause beim Essen auf sein Gewicht achten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ... wurde mein Kind wegen seines Gewichts von anderen geärgert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ... wurde mein Kind wegen seines Gewichts ausgeschlossen, wenn andere etwas zusammen machten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ... war mein Kind durch Gedanken ans Essen vom Unterricht abgelenkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ... konnte mein Kind trotz seines Gewichts beim Sportunterricht gut mitmachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Wie häufig hat Ihr Kind in der letzten Woche Beschwerden wegen seines Übergewichts (Adipositas) gehabt?

nie selten manchmal oft immer

14. Wie stark waren seine Beschwerden wegen des Übergewichts in der letzten Woche?

gar keine etwas mittelmäßig ziemlich sehr stark

15. Wie sehr hat Ihr Kind sein Übergewicht in der letzten Woche gestört?

gar nicht etwas mittelmäßig ziemlich sehr