

Name: _____

Datum: _____

Fragebogen für Kinder und Jugendliche CROPS

Wie gut treffen folgende Aussagen auf Dich **in der letzten Woche** zu? Wenn die Aussage gar nicht zutrifft, kreuze den ersten Kreis an. Wenn die Aussage etwas zutrifft, kreuze den mittleren Kreis an. Wenn die Aussage sehr zutrifft, kreuze den letzten Kreis an.

Lass bitte keine Aussage aus, selbst wenn Du Dir nicht sicher bist. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

	<i>gar nicht</i>	<i>etwas</i>	<i>sehr</i>
Ich fühle mich traurig oder deprimiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe zu nichts Lust.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann mich nur schwer konzentrieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich denke an schlechte Dinge, die passiert sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich glaube ich bin schuld daran, wenn schlechte Dinge passieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich schalte ab, wenn man mit mir redet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich mache mir Sorgen, das etwas Schlimmes passieren wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin nervös und zappelig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mir fällt es schwer, abends einzuschlafen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich träume schlecht oder habe Alpträume.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bekomme Bauchschmerzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bekomme Kopfschmerzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich ganz allein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Tagträume.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich versuche, schlechte Dinge, die passiert sind, zu vergessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich vermeide Sachen, die mich an schlimme Ereignisse erinnern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich tue Dinge, um sicher zu gehen, das nichts Schlimmes passiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich tue Dinge, für die ich wahrscheinlich zu alt bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich krank oder habe Schmerzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich müde oder schlapp.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich eigenartig oder anders als die anderen Kinder.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe das Gefühl, etwa stimmt nicht mit mir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich wie verhext oder wie ein Pechvogel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dinge regen mich auf und machen mich verrückt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin auf der Hut vor schlechten Dingen, die geschehen könnten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(19)

0 P

1P

2P