

Health of the Nation Scale for Children and Adolescents (D-HoNOSCA-SR)

Selbstbericht

Im Folgenden geht es darum, wie gut du in der letzten Zeit insgesamt zurechtgekommen bist bzw. welche Schwierigkeiten du im Alltag hattest. Du kannst angeben, dass du in einem Bereich überhaupt keine, leichte, teils/teils, mäßige oder starke Probleme hattest. Wähle bei jeder Frage bitte die Antwortmöglichkeit, die für die **letzten 7 Tagen** vor stationärer Aufnahme bzw. vor Austritt (bei Aufenthalt kürzer 7 Tage gilt der Zeitraum seit Eintritt, Minimum die letzten 24 Stunden) am besten zu dir passt. Wenn bei einer Frage mehrere Probleme aufgezählt werden, dann beantworte die Frage bitte für das Problem, das dir die **meisten** Schwierigkeiten gemacht hat. Nimm dir für die Beantwortung der Fragen so viel Zeit, wie du brauchst und beantworte bitte alle 13 Fragen.

		überhaupt nicht	leicht	teils/teils	mäßig	stark
1.	Bist du durch dein störendes Verhalten oder deine Aggression (körperlich oder mit Worten) belastet gewesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Hast du unter Konzentrationsmangel oder Ruhelosigkeit gelitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Hast du etwas getan, um Dich selbst absichtlich zu verletzen oder zu schädigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Hast du als Folge deines Alkohol-, Drogen- oder Lösungsmittelkonsums Probleme gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Hast du Schwierigkeiten gehabt, deine übliche Leistungsfähigkeit in der Schule oder Ausbildung aufrecht zu erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Hat irgendeine körperliche Krankheit oder Behinderung deine Aktivitäten eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Bist du durch Stimmen, die andere Menschen nicht gehört haben, oder durch das Sehen von Dingen, die andere Menschen nicht gesehen haben, oder durch misstrauische oder ungewöhnliche Gedanken belastet gewesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Hast du unter Kopf-/Bauchschmerzen ohne körperliche Ursache, selbst herbeigeführtem Erbrechen, Bettnässen oder Einkoten gelitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Hast du dich niedergeschlagen oder ängstlich gefühlt oder haben dich Ängste, Zwänge oder Rituale, die du immer wieder durchführen musstest, geplagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Hast du unter einem Mangel an befriedigenden Freundschaften oder unter Mobbing gelitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Hast du es schwierig gefunden, auf dich selbst zu achten oder selbstständig deine täglichen Aufgaben und Pflichten zu erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Haben Dich die Beziehungen in deiner Familie oder in deinem Zuhause belastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Hast du aufgehört, deine Schule oder deine Ausbildung zu besuchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>