

Funktionskala for børn og unge – Forældre-rating

INSTRUKTION: Sæt en cirkel om det tal, som bedst beskriver hvordan dit barns følelsesmæssige eller adfærdsmæssige problemer har påvirket hans/hendes funktion den seneste måned.

Dato: _____
Dag / Måned / År

Dit navn: _____

Udfyldt af: Mor
Far
Pædagog
Lærer
Andet Skriv: _____

Barnets navn: _____

Barnets fødselsdato: _____
Dag / Måned / År

Barnets skoleklasse: _____ Barnets alder: _____

Barnets køn: Hankøn Hunkøn

SKRIV IKKE I DETTE OMRÅDE

A. Familie

B. Læring & skolegang

C. Livsfærdigheder

D. Barnets selvopfattelse

E. Sociale aktiviteter

F. Risikofyldte aktiviteter

I alt

A. FAMILIE		Aldrig eller slet ikke	Nogle gange eller i nogen grad	Oftede eller meget ofte	Meget ofte eller rigtig meget	Ved ikke	B. LÆRING OG SKOLEGANG		Aldrig eller slet ikke	Nogle gange eller i nogen grad	Oftede eller meget ofte	Meget ofte eller rigtig meget	Ved ikke
1.	Har problemer med søskende	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	1.	Har svært ved at følge med i skolearbejdet	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Skaber problemer mellem forældrene	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	2.	Har brug for ekstra-undervisning	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Tager tid fra andre familiemedlemmers arbejde eller aktiviteter	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	3.	Har brug for støtte i timerne	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Skaber konflikter i familien	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	4.	Skaber problemer for læreren i klassen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Isolerer familien fra venner og sociale aktiviteter	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	5.	Bliver sendt uden for døren eller fjernet fra klassen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6.	Gør det svært for familien at møde sig sammen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	6.	Har problemer i frikvartererne	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7.	Gør det svært at være forælder	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	7.	Får eftersidninger	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8.	Gør det svært at give alle familiemedlemmer den opmærksomhed de fortjener	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	8.	Bliver midlertidigt bortvist eller smidt ud af skolen	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9.	Provokerer andre til at slå eller råbe efter ham/hende	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	9.	Kommer ikke til timerne eller kommer for sent i skole	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
10.	Koster familien mange penge	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	10.	Får karakterer, som ikke svarer til hans/hendes evner	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

Funktionsskala for børn og unge – Forældre-rating

INSTRUKTION: Sæt en cirkel om det tal, som bedst beskriver hvordan dit barns følelsesmæssige eller adfærdsmæssige problemer har påvirket hans/hendes funktion den seneste måned.

C. LIVSFÆRDIGHEDER		Aldrig eller slet ikke	Nogle gange eller i nogen grad	Oftede eller meget ofte	Meget ofte eller rigtig meget	Ved ikke
1.	Har forøget brug af TV, computer eller computerspil	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Problemer med at vaske sig, børste tænder, frisere sig, gå i bad, osv.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Problemer med at gøre sig klar til at gå i skole	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Problemer med at gøre sig klar til at gå i seng	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Spiseproblemer (kræsen, usund mad)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6.	Søvnproblemer	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7.	Kommer til skade	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8.	Undgår motion	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9.	Har brug for en del lægehjælp	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
10.	Har svært ved at tage medicin, indsprøjtninger, gå til læge/tandlæge	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
D. BARNETS SELVOPFATTELSE						
1.	Mit barn har det dårligt med sig selv	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Mit barn morer sig ikke nok	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Mit barn er ikke tilfreds med sit liv	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
E. SOCIALE AKTIVITETER		Aldrig eller slet ikke	Nogle gange eller i nogen grad	Oftede eller meget ofte	Meget ofte eller rigtig meget	Ved ikke
1.	Blicher drillet eller mobbet af andre børn	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Driller eller mobber andre børn	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Problemer med at komme godt ud af det med andre børn	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Problemer med at deltage i aktiviteter (sport, musik, klubber)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Problemer med at få nye venner	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6.	Problemer med at holde på venner	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7.	Har det svært med fester (inviteres ikke, undgår dem, opfører sig dårligt)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
F. RISIKOFYLDTE AKTIVITETER						
1.	Lader sig let styre af andre børn	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Ødelægger eller slår ting i stykker	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Gør ting som er ulovlige	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Kommer i kontakt med politiet	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Ryger cigaretter	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6.	Tager ulovlige stoffer	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7.	Foretager sig farlige ting	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8.	Skader andre	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9.	Siger onde eller upassende ting	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
10.	Har seksuelt upassende opførsel	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>