



www.testarchiv.eu

Open Test Archive

Repositorium für Open-Access-Tests

Diagnoseblatt:

SIVA: 0-6

Das Strukturierte Interview für das Vorschulalter

Bolten, M., Equit, M., von Gontard, A. & In-Albon, T. (2021)

Bolten, M., Equit, M., von Gontard, A. & In-Albon, T. (2021). SIVA: 0-6. Das Strukturierte Interview für das Vorschulalter [Verfahrensdokumentation, Interviewleitfaden mit den Modulen 0-16, Handbuch, Zuordnung Module und Interview und Diagnoseblatt]. In Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID) (Hrsg.), Open Test Archive. Trier: ZPID.

<https://doi.org/10.23668/psycharchives.4583>

Alle Informationen und Materialien zu dem Verfahren finden Sie unter:

<https://www.testarchiv.eu/de/test/9007915>

Verpflichtungserklärung

Bei dem Testverfahren handelt es sich um ein Forschungsinstrument, das der Forschung, Lehre und Praxis dient. Es wird vom Testarchiv online und kostenlos zur Verfügung gestellt und ist urheberrechtlich geschützt, d. h. das Urheberrecht liegt weiterhin bei dem/den Autor/en.

Mit der Nutzung des Verfahrens verpflichte ich mich, die Bedingungen der [Creative Commons Lizenz CC BY-SA 4.0](#) zu beachten. Ich werde nach Abschluss meiner mit dem Verfahren zusammenhängenden Arbeiten mittels des [Rückmeldeformulars](#) die TestautorInnen über den Einsatz des Verfahrens und den damit erzielten Ergebnissen informieren.

Terms of use

The test instrument is a research instrument that serves research, teaching and practice. It is made available online and free of charge by the test archive and is protected by copyright, i.e. the copyright remains with the author(s).

By using this test, I agree to abide by the terms of the [Creative Commons License CC BY-SA 4.0](#). After completion of my work with the measure, I will inform the test authors about the use of the measure and the results I have obtained by means of the [feedback form](#).

Name: _____

Untersuchungsdatum: _____

Diagnosen gemäss...	Schweregrad (0-3)*
DC: 0-5:	
ICD-10:	
DSM-5:	

* Die Einschätzung des Schweregrades der Störung ist ein klinisches Rating mit der Abstufung wie folgt: 0= nicht vorhanden; 1= mässig; 2 = stark; 3 sehr stark

Diagnose nach DC: 0-5	Diagnosen nach ICD-10	Diagnose nach DSM-5
SENSORISCHE ÜBERREAKTIVITÄTSTÖRUNG A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alter ≥ 6 Mt. <input type="checkbox"/> Dauer ≥ 3 Mt.	/	/
SENSORISCHE UNTERREAKTIVITÄTSTÖRUNG A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alter ≥ 6 Mt. <input type="checkbox"/> Dauer ≥ 3 Mt.	/	/
EXZESSIVE SCHREIENSTÖRUNG A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	/	/
ANDERE SCHLAF-, ESS- UND SCHREI STÖRUNGEN DER FRÜHEN KINDHEIT A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> primär Schlafprobleme <input type="checkbox"/> primär Schreiprobleme <input type="checkbox"/> primär Essprobleme	/	/
EINSCHLAFSTÖRUNG A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alter ≥ 6 Mt. <input type="checkbox"/> Dauer ≥ 4 Wochen	NICHT-ORGANISCHE INSOMNIE (F51.0) A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	INSOMNISCHE STÖRUNG A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
DURCHSCHLAFSTÖRUNGEN A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alter ≥ 8 Mt. <input type="checkbox"/> Dauer ≥ 4 Wochen	/	/
PARTIELLE AUFWACHSTÖRUNG A (Nachtschreck) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <i>ODER</i> B (Schlafwandeln) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alter ≥ 6 Mt. <input type="checkbox"/> Dauer ≥ 4 Wochen	SCHLAFWANDELN (F51.3) A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	SCHLAFWANDELN (DSM-5) A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> F ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Diagnose nach DC: 0-5	Diagnosen nach ICD-10	Diagnose nach DSM-5
	PAVOR NOCTURNUS (F51.4) A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> F ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	SCHLAFERROR A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> F ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
ALBTRÄUME DER FRÜHEN KINDHEIT A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alter ≥ 12 Mt. <input type="checkbox"/> Dauer ≥ 1 Mt.	ALPTRÄUME (F51.5) A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ALPTRAUM-STÖRUNG A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
ESSSTÖRUNG MIT EINSCHRÄNKUNG DER NAHRUNGS-AUFNAHME A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dauer ≥ 1 Mt.	FÜTTERSTÖRUNG IM SÄUGLINGS- & KINDESALTER (F98.2) A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	STÖRUNG MIT VERMEIDUNG ODER EINSCHRÄNKUNG DER NAHRUNGS-AUFN. A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
ESSSTÖRUNG MIT ÜBERESSEN A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alter ≥ 24 Mt. <input type="checkbox"/> Dauer ≥ 1 Mt.		
REAKTIVE BINDUNGSSTÖRUNG A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alter ≥ 9 Mt.	REAKTIVE BINDUNGSSTÖRUNG DES KINDESALTERS (94.1) A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	REAKTIVE BINDUNGSSTÖRUNG A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
SOZIALE BINDUNGSSTÖRUNG MIT ENTHEMMUNG A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alter ≥ 9 Mt.	BINDUNGSSTÖRUNG DES KINDESALTERS MIT ENTHEMMUNG (F94.2) A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	BEZIEHUNGSSTÖRUNG MIT ENTHEMMUNG A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
SPEZIFISCHE BEZIEHUNGSSTÖRUNG DER FRÜHEN KINDHEIT A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dauer ≥ 1 Mt.		
	STÖRUNGEN DES SOZIALVERHALTENS (F91) G1 ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	STÖRUNG DES SOZIALVERHALTENS A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mit begrenzten prosozialen Emotionen <input type="checkbox"/> fehlende Reue oder Schuldgefühle <input type="checkbox"/> gefühllos, fehlende Empathie <input type="checkbox"/> unbekümmert bezüglich Leistung <input type="checkbox"/> oberflächlicher, unzureichender Affekt

Diagnose nach DC: 0-5	Diagnosen nach ICD-10	Diagnose nach DSM-5
DYSREGULIERTE ÄRGER- UND AGGRESSIONSSTÖRUNG DER FRÜHEN KINDHEIT A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alter ≥ 24 Mt. <input type="checkbox"/> Dauer ≥ 3 Mt.	STÖRUNG DES SOZIALVERHALTENS MIT OPPOSITIONELLEM, AUFSÄSSIGEM VERHALTEN (F91.3) A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	OPPOSITIONELLES TROTZVERHALTEN A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mild: 1 Lebensbereich betroffen <input type="checkbox"/> moderat: 2 Lebensbereiche betroffen <input type="checkbox"/> schwer: ≥ 3 Lebensbereiche betroffen
ÜBERAKTIVITÄTSSTÖRUNG DES KLEINKINDALTERS A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alter 24 Mt. – 36 Mt. <input type="checkbox"/> Dauer ≥ 6 Mt.		
AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT-HYPERAKTIVITÄTSSTÖRUNG A1 ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <i>UND/ODER</i> A2 ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alter ≥ 36 Mt. <input type="checkbox"/> Dauer ≥ 6 Mt.	HYPERKINETISCHE STÖRUNG (F90) A1 ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <i>UND/ODER</i> A2 ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT-HYPERAKTIVITÄTSSTÖRUNG A1 ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <i>UND/ODER</i> A2 ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gemischtes Erscheinungsbild <input type="checkbox"/> vorw. Unaufmerksames Erscheinungsbild <input type="checkbox"/> vorw. Hyperaktives Erscheinungsbild
ANPASSUNGSSTÖRUNG A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alter ≥ 36 Mt. <input type="checkbox"/> Dauer 2 Wochen - 3 Mt.	ANPASSUNGSSTÖRUNGEN (F43.2) A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kurze depressive Reaktion (F43.20) <input type="checkbox"/> Längere depressive Reaktion (F43.21) <input type="checkbox"/> Angst und depressive Reaktion gemischt (F43.22) <input type="checkbox"/> Mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (F43.23) <input type="checkbox"/> Mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens (F43.24) <input type="checkbox"/> Mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (F43.25) <input type="checkbox"/> Mit sonstigen vorwiegend genannten Symptomen (F43.28)	AKUTE BELASTUNGSSTÖRUNG/ANPASSUNGSSTÖRUNG A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mit depressiver Stimmung <input type="checkbox"/> mit Angst <input type="checkbox"/> mit depressiver Stimmung und Angst gemischt <input type="checkbox"/> mit Störung des Sozialverhaltens <input type="checkbox"/> mit Störung der Emotionen und des Sozialverhaltens gemischt <input type="checkbox"/> nicht näher bezeichnet
KOMPLIZIERTE TRAUERSTÖRUNG DER FRÜHEN KINDHEIT A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alter ≥ 9 Mt. <input type="checkbox"/> Dauer ≥ 30 Tage	/	STÖRUNG DURCH EINE ANHALTENDE KOMPLEXE TRAUERREAKTION A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> F ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alter ≥ 12 Mt. <input type="checkbox"/> Dauer ≥ 1 Mt.	POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG (F43.1) A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> F ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> G ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mit dissoziativen Symptomen <input type="checkbox"/> mit verzögertem Beginn

Diagnose nach DC: 0-5	Diagnosen nach ICD-10	Diagnose nach DSM-5
DEPRESSIVE STÖRUNG DER FRÜHEN KINDHEIT A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alter ≥ 24 Mt. <input type="checkbox"/> Dauer ≥ 2 Wochen/Mehrzahl der Tage	DEPRESSIVE EPISODE (F32) G1 ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> G2 ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> G3 ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Leichte depressive Episode (F32.0) A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Mittelgradige depressive Episode (F32.1) A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2) A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	MAJOR DEPRESSION A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> [D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>]* E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> * für Vorschulalter nicht relevant <input type="checkbox"/> leichtgradig <input type="checkbox"/> mittelgradig <input type="checkbox"/> schwergradig
STÖRUNG MIT TRENNUNGSANGST A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dauer ≥ 1 Mt.	EMOTIONALE STÖRUNG MIT TRENNUNGSANGST (F93.0) A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	STÖRUNG MIT TRENNUNGSANGST A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
SOZIALE ANGSTSTÖRUNG A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alter ≥ 24 Mt. <input type="checkbox"/> Dauer ≥ 2 Mt.	STÖRUNG MIT SOZIALER ÄNGSTLICHKEIT DES KINDESALTERS (F93.2) A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> F ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> G ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> H ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	SOZIALE ANGSTSTÖRUNG A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> F ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> G ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> H ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> I ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> J ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
STÖRUNG MIT INHIBITION VON NEUEM A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alter ≥ 24 Mt. <input type="checkbox"/> Dauer ≥ 1 Mt.	PHOBISCHE STÖRUNG DES KINDESALTERS (F93.1) A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	SPEZIFISCHE PHOBIE A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> F ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> G ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tier-Typ <input type="checkbox"/> Umwelt-Typ <input type="checkbox"/> Blut-Spritzen-Verletzungs-Typ <input type="checkbox"/> Situativer-Typ <input type="checkbox"/> Anderer-Typ
GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> F ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> G ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alter ≥ 36 Mt. <input type="checkbox"/> Dauer ≥ 2 Mt.	GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG DES KINDESALTERS (F93.8) A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> F ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> F ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Diagnose nach DC: 0-5	Diagnosen nach ICD-10	Diagnose nach DSM-5
	NICHTORGANISCHE ENURESIS (F98.0) A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ENURESIS A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nur nachts <input type="checkbox"/> nur tagsüber <input type="checkbox"/> tags und nachts
	NICHTORGANISCHE ENKOPRESIS (F98.1) A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ENKOPRESIS A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mit Verstopfung und Überlaufinkontinenz <input type="checkbox"/> ohne Verstopfung und Überlaufinkontinenz
SELEKTIVER MUTISMUS A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dauer ≥ 1 Mt.	ELEKTIVER MUTISMUS (F94.0) A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	SELEKTIVER MUTISMUS A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
ZWANGSSTÖRUNG A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alter ≥ 36 Mt. <input type="checkbox"/> Dauer ≥ 3 Mt.	ZWANGSSTÖRUNGEN (F42) A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vorwiegend Zwangshandlungen (F42.1) <input type="checkbox"/> Zwangsgedanken und Zwangshandlungen gemischt (F42.2)	ZWANGSSTÖRUNGEN A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mit Einsicht <input type="checkbox"/> mit wenig Einsicht <input type="checkbox"/> ohne Einsicht <input type="checkbox"/> Tic-verwandt
MOTORISCHE UND VOKALE TIC-STÖRUNG A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alter ≥ 36 Mt. <input type="checkbox"/> Dauer ≥ 12 Mt. <input type="checkbox"/> ausschliesslich motorische Tics <input type="checkbox"/> ausschliesslich vokale Tics	TICSTÖRUNGEN (F95) A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B1 ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B2 ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vorübergehende Ticstörung (F95.0) <input type="checkbox"/> chronische Ticstörung (F95.1)	TIC-STÖRUNGEN A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> E ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tourette Störung <input type="checkbox"/> Persistierende (chronische) Tic-Störung <input type="checkbox"/> Vorläufige Tic-Störung
	STEREOTYPE BEWEGUNGSSTÖRUNGEN (F98.4) A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ohne Selbstverletzung (F98.40) <input type="checkbox"/> mit Selbstverletzung (F98.41) <input type="checkbox"/> gemischt (F98.42)	STEREOTYPE BEWEGUNGSSTÖRUNGEN A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> C ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mit selbstverletzendem Verhalten <input type="checkbox"/> ohne selbstverletzendes Verhalten <input type="checkbox"/> medizinischer/genetischer Vorerkrankung <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Schwer