

www.testarchiv.eu

Open Test Archive

Repositorium für Open-Access-Tests

Modul M15:

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.5172>

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: _____

Einsatz im Altersbereich 4;1-6;11 Jahre. Modul M15 dient der Diagnostik von:

DC: 0-5: keine Diagnostik nach DC: 0-5 in diesem Modul
 ICD-10: Nichtorganische Enuresis (F98.0), Nichtorganische Enkopresis (F98.1)
 DSM-5/RDC-PA: Enuresis, Enkopresis

Nun möchte ich Ihnen gerne einige Fragen zum Toilettenverhalten Ihres Kindes stellen. Bitte beziehen Sie Ihre Antworten immer auf den letzten Monat.

1. Eingangsfragen

	Ja	Nein	Häufigkeit	Häufigkeit
1.1 Nässt Ihr Kind nachts oder tagsüber ein? (INFO: RELEVANT, WENN KIND \geq 5 JAHRE IST)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___ / Woche	___ / Monat
1.2 Kotet Ihr Kind nachts oder tagsüber ein? (INFO: RELEVANT, WENN KIND \geq 4 JAHRE IST)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___ / Woche	___ / Monat
1.3 Hält Ihr Kind regelmäßig seinen Stuhlgang zurück?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___ / Woche	___ / Monat

☛ Falls alle diese Fragen mit „Nein“ beantwortet wurden oder seltener als 2x pro Monat auftreten, weiter zum nächsten Modul.

2. Symptome Kind

Nun möchte ich Ihnen noch einige weitere Fragen zum Toilettenverhalten Ihres Kindes stellen.

	Ja	Nein	Häufigkeit	Häufigkeit
2.1a Nässt Ihr Kind nachts ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___ / Woche	___ / Monat
2.1b Wenn ja: War Ihr Kind schon einmal 6 Monate oder länger nachts trocken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
2.2a Nässt Ihr Kind tagsüber ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___ / Woche	___ / Monat
2.2b Wenn ja: War Ihr Kind schon einmal 6 Monate oder länger tagsüber trocken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
2.3a Kotet ihr Kind ein bzw. setzt Ihr Kind Stuhlgang an nicht dafür vorgesehenen Stellen ab (z.B. Kleidung, Fußboden)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___ / Woche	___ / Monat
2.3b Wenn ja: War Ihr Kind schon einmal 6 Monate oder länger sauber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
2.4 Liegt eine organische Störung (z.B. Epilepsie, Diabetes, Spina bifida, Morbus Hirschsprung etc.) vor, die das Einnässen/Einkoten erklären kann? Bitte genauer beschreiben: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
2.5 Verweigert Ihr Kind regelmäßig die Benutzung einer Toilette/eines Töpfchens?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___ / Woche	___ / Monat

3. Beginn

3.1 Wann traten die oben genannten Symptome zum ersten Mal auf? Alter des Kindes bei Symptombeginn:	Monat: _____ Jahr: _____
3.2 Dauer der Symptome: Seit mindestens 3 Monaten Seit mindestens 6 Monaten Kind war noch nie trocken/sauber	Jahre: _____ Monate: _____
3.3 Hat sich etwas Spezielles im Leben Ihres Kindes ereignet als die Symptome begonnen haben? Bitte genauer beschreiben: _____	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
3.4 Traten die Angstsymptome zum ersten Mal im Zusammenhang mit einer körperlichen Erkrankung oder der Einnahme eines Medikaments auf? Bitte genauer beschreiben: _____	<input type="radio"/> <input type="radio"/>

4. Situationen

Wo beobachten Sie die Symptome Ihres Kindes?	Ja	Nein
4.1 Zu Hause?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.2 Im Kindergarten/in der KiTa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.3 In anderen Lebensbereichen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bitte genauer beschreiben: _____		

5. Beeinträchtigung/Stresslevel

* **HINWEIS:** Bei den nun folgenden Items 5.1 bis 5.5 wird ein Rating für das Ausmaß des Leidensdrucks bzw. der Beeinträchtigung vorgenommen. Dies ist ein klinisches Rating. Den Eltern werden die Beschreibungen der Skalen genannt, nicht die Zahlen:

0 = keine Beeinträchtigung/Symptome stören nicht/kein emotionaler Stress

1 = leichte Beeinträchtigung/Symptome stören kaum/leichter emotionaler Stress

2 = deutliche Beeinträchtigung/Symptome stören stark/deutlicher emotionaler Stress

3 = sehr starke Beeinträchtigung/Symptome stören sehr stark/extremer emotionaler Stress

5.1 Leidet Ihr Kind unter den oben genannten Symptomen? (0-3)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

5.2 Sind durch die oben genannten Symptome die Beziehungen Ihres Kindes zu anderen Menschen (Kindern und Erwachsenen, Fremde und Bekannte) beeinträchtigt? (0-3)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

5.3 Werden durch die oben genannten Symptome Aktivitäten oder Routinen Ihres Kindes beeinträchtigt? (0-3)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

5.4 Werden durch die oben genannten Symptome Aktivitäten oder Routinen Ihrer Familie beeinträchtigt? (0-3)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

5.5 Werden durch die oben genannten Symptome Entwicklungsfortschritte Ihres Kindes beeinträchtigt? (0-3)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Ja **Nein**

5.6 Nehmen Sie die Symptome Ihres Kindes als problematisch war?

☐ O ☐ O

5.7 Sollte sich etwas hinsichtlich dieser Symptome verändern?

☐ O ☐ O