

Ditt namn:		datum:			
Ditt barns namn		Aldrig	Ibland	Ofta	Alltid
1	Mitt barn oroar sig över saker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Mitt barn är rädd för mörkret.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	När mitt barn har problem, klagar han/hon över en konstig känsla i magen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Mitt barn klagar över att känna sig rädd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Mitt barn skulle känna rädsla över att vara ensam hemma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Mitt barn känner rädsla när han/hon ska göra ett prov.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Mitt barn känner rädsla när han/hon måste använda offentliga toaletter eller badrum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Mitt barn oroar sig över att vara borta från oss/mig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Mitt barn känner sig rädd för att göra bort sig framför andra människor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Mitt barn oroar sig över att han/hon ska misslyckas i skolan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Mitt barn oroar sig över att något hemskt ska hända någon i vår familj.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Mitt barn klagar över att plötsligt känna det som att han/hon inte kan andas, när det inte finns någon anledning till detta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Mitt barn måste kontrollera om och om igen att han/hon har gjort saker rätt (så som släckt ljuset, låst dörren).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Mitt barn känner rädsla om han/hon måste sova ensam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Mitt barn har problem med att gå till skolan på morgonen, eftersom han/hon känner sig nervös eller rädd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Mitt barn är rädd för hundar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Mitt barn verkar inte kunna få dåliga eller dumma tankar ur sitt huvud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	När mitt barn har problem, klagar han/hon på att hjärtat slår väldigt fort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Mitt barn kan plötsligt börja skaka eller darra fast det inte finns någon anledning till detta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Mitt barn oroar sig över att något hemskt ska hända honom/henne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Mitt barn är rädd för att gå till doktorn eller tandläkaren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	När mitt barn har problem, känner han/hon sig svag och darrig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Mitt barn är rädd för höjder (t.ex att stå uppe på ett berg).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Mitt barn måste tänka speciella tankar (t.ex nummer eller ord) för att förhindra att något hemskt ska hända.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Aldrig	Ibland	Ofta	Alltid
25	Mitt barn känner rädsla om han/hon måste åka i en bil, eller på buss eller tåg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Mitt barn oroar sig för vad andra tänker om honom/henne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Mitt barn är rädd för att befinna sig bland mycket folk (tex affärscentrum, biograf, bussar, lekpark med mycket folk).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Helt plötsligt kan mitt barn känna sig väldigt rädd, utan någon orsak alls.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Mitt barn är rädd för insekter eller spindlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Mitt barn klagar över att plötsligt känna sig yr eller svag utan att det finns någon anledning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Mitt barn känner rädsla när han/hon måste prata framför klassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Mitt barn klagar över att hans/hennes hjärta plötsligt börjar slå för snabbt utan någon anledning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Mitt barn oroar sig över att han/hon plötsligt får en känsla av att vara rädd, när det inte finns något att vara rädd för.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Mitt barn är rädd för att befinna sig i små, stängda utrymmen, som tunnlar eller små rum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Mitt barn måste göra vissa saker om och om igen (som tvätta sina händer, städa eller lägga saker i en särskild ordning).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Mitt barn blir stört av hemska eller dumma tankar eller bilder i sitt huvud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Mitt barn måste göra vissa saker på precis rätt sätt för att förhindra hemska saker att hända.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Mitt barn skulle känna sig rädd om han/hon var tvungen att vara borta hemifrån över natten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Finns det något annat som ditt barn är väldigt rädd för?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej

Skriv ner vad det är:

Hur ofta är han/hon rädd för det?
