
PIQ Perceptions of Inclusion Questionnaire

Schülerversion

Mein Name:Geburtsdatum:

Ich bin ein: Junge Mädchen Klassenstufe:

Wie geht es dir in der Schule? Lies jeden Satz genau und kreuze an, wie sehr er für dich stimmt.
Bitte beantworte alle Fragen!

	stimmt gar nicht	stimmt eher nicht	stimmt eher	stimmt genau
1. Ich gehe gerne in die Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe sehr viele Freundinnen oder Freunde in meiner Klasse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich lerne schnell.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich habe keine Lust, in die Schule zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich komme mit meinen Mitschülerinnen und Mitschülern sehr gut aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich kann auch sehr schwierige Aufgaben lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mir gefällt es in der Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. In meiner Klasse fühle ich mich allein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich bin ein guter Schüler/eine gute Schülerin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Die Schule macht Spaß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mit meinen Mitschülerinnen und Mitschülern vertrage ich mich sehr gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. In der Schule ist mir vieles zu schwierig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PIQ Perceptions of Inclusion Questionnaire

Elternversion

Name des Kindes: Geburtsdatum:

Geschlecht des Kindes: Junge Mädchen Klassenstufe:

Wie geht es Ihrem Sohn/Ihrer Tochter in der Schule? Bitte lesen Sie jeden Satz genau und kreuzen Sie an, wie sehr dieser für Ihren Sohn/Ihre Tochter stimmt. Bitte beantworten Sie alle Fragen!

		stimmt gar nicht	stimmt eher nicht	stimmt eher	stimmt genau
1.	Er/Sie geht gerne in die Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Er/Sie hat sehr viele Freundinnen oder Freunde in seiner/ihrer Klasse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Er/Sie lernt schnell.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Er/Sie hat keine Lust, in die Schule zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Er/Sie kommt mit seinen/ihren Mitschülerinnen und Mitschülern sehr gut aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Er/Sie kann auch sehr schwierige Aufgaben lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ihm/Ihr gefällt es in der Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Er/Sie fühlt sich in seiner/ihrer Klasse allein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Er/Sie ist ein guter Schüler/eine gute Schülerin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Ihm/Ihr macht die Schule Spaß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Er/Sie verträgt sich mit seinen/ihren Mitschülerinnen und Mitschülern sehr gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ihm/Ihr ist in der Schule vieles zu schwierig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PIQ Perceptions of Inclusion Questionnaire

Lehrerversion

Name des Kindes: Geburtsdatum:

Geschlecht des Kindes: Junge Mädchen Klassenstufe:

Wie geht es dem Schüler/der Schülerin in der Schule? Bitte lesen Sie jeden Satz genau und kreuzen Sie an, wie sehr dieser für den Schüler/die Schülerin stimmt. Bitte beantworten Sie alle Fragen!

		stimmt gar nicht	stimmt eher nicht	stimmt eher	stimmt genau
1.	Er/Sie geht gerne in die Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Er/Sie hat sehr viele Freundinnen oder Freunde in seiner/ihrer Klasse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Er/Sie lernt schnell.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Er/Sie hat keine Lust, in die Schule zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Er/Sie kommt mit seinen/ihren Mitschülerinnen und Mitschülern sehr gut aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Er/Sie kann auch sehr schwierige Aufgaben lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ihm/Ihr gefällt es in der Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Er/Sie fühlt sich in seiner/ihrer Klasse allein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Er/Sie ist ein guter Schüler/eine gute Schülerin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Ihm/Ihr macht die Schule Spaß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Er/Sie verträgt sich mit seinen/ihren Mitschülerinnen und Mitschülern sehr gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ihm/Ihr ist in der Schule vieles zu schwierig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
