



KINDERARZTPRAXIS

ÖBERLUNGWITZ

BAUCH & ZIBULKA

Fragebogen J1/J2 an die/den Jugendliche/n

Dein Name: geb. am:

Kreuze nur an, wenn es Dich betrifft. Leidest du häufig/gelegentlich unter Beschwerden wie:

Ja Kopfschmerzen Müdigkeit/Abgeschlagenheit Konzentrationsstörung Schwindel Bauchschmerzen Rücken-/Gelenkbeschwerden andere Beschwerden?

Ja Fühlst Du dich (anhaltend) krank?

Ja Gibt es Probleme beim Lernen? Auswendig behalten Konzentration Lesen Rechnen Schreiben Anderes?

Welche Schule besuchst Du? Hauptschule Realschule Gymnasium Andere Klasse: Durchschnittsnote:

Deine Lieblingsfächer Problemfächer

Ja Versetzungsgefährdet?

Ja Gibt es Probleme mit Deinen Schulleistungen?

Nein Fühlst Du Dich in Deiner Schulkasse wohl?

Nein Kannst Du Dich an Regeln halten?

Nein Hast Du gute gleichaltrige Freunde?

Ja Gibt es Probleme mit Deiner Familie?

Ja Gibt es Probleme mit der Ernährung? Zu viel zu wenig andere

Ja Hast Du manchmal Hungerattacken und fällst über den Kühlschrank her? Hast Du nach dem Essen das Bedürfnis, Dich zu übergeben? Über gibst Du Dich nach dem Essen?

Ja Macht Dir Dein Gewicht Sorgen? Zu viel zu wenig

Ja Hast Du schon einmal eine Diät gemacht? Warum? Erfolgreich ?

Ja Hast Du andere Essgewohnheiten? z.B.: Vegetarische Kost andere

Ja Musst Du häufig die Augen zusammenkniffen? Wiederholst Du bestimmte Bewegungen (z.B. Schulterzucken) besonders häufig? Oder hat Dir jemand schon einmal gesagt?

Ja Wäschst Du Dir besonders häufig die Hände? Oder machst Du andere Dinge besonders häufig, so dass Dich dies im Alltag behindert?

Nein Ist Deine Stimmung überwiegend fröhlich und ausgeglichen?

Ja Bist Du bei Dir gestellten Aufgaben leicht ablenkbar oder unkonzentriert?

Ja Hast Du vor etwas besondere Angst? Wovor?

Ja Hast Du schon einmal etwas mutwillig zerstört oder gestohlen ?

Ja Hast Du starke Stimmungsschwankungen? Bist Du oft/anhaltend traurig?

Ja Hast Du schon einmal ernsthaft darüber nachgedacht, Dich umzubringen?

Nein Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein? Welche?

Ja Rauchst Du? Trinkst Du? Hast Du Erfahrung mit Drogen?

Nein Treibst Du Sport? Im Verein Freizeit Sportart:

Nein Liest Du? Bücher Zeitschriften Comics Was machst Du sonst gerne in Deiner Freizeit?

Jugendtreffs Vereine Spielst Du ein Instrument? Welche Hobbys hast Du?

Fernsehgewohnheiten: Std./Tag Computerspiele/Internet/Handy: Std./Tag

Ja Hast Du Probleme mit deinem Freund/ Deiner Freundin? Beim/mit dem Sex? Bei der Verhütung?

Ja Homosexualität ? Bisexualität ?

Mädchen Erste Regelblutung mit Jahren. Regelmäßig /unregelmäßig ? Zuletzt am:

Jungen Stimmbruch mit Jahren

Hast Du Fragen: