

Anamnesebogen J1

Name: Geburtsdatum: Datum:

Diese Fragen beantwortest Du bitte selbst !

Leides Du häufig unter Beschwerden ?

Schwindel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Hast Du eine Blasenschwäche oder nässt du ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Hast Du oft Durchfall oder Verstopfung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Hast Du vor etwas eine besondere Angst?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Sonstiges	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Was ?		

Schulbildung: Besuchst du die/das Werkrealschule Realschule Gymnasium Sonstiges.....

Welche Klasse ? Deine Durchschnittsnote ? Bist Du mit dem Schultyp zufrieden?

Bist Du versetzungsgefährdet ? Ja Nein Hast Du häufig Fehlzeiten ? Ja Nein

Machst Du Hausaufgaben ? Ja Nein Hast du Schulangst/Prüfungsangst ? Ja Nein

Deine Lieblingsfächer: Deine Problemfächer:

Sport: Kein Sport Vereinssport Freizeitsport

Hobbies/Musikinstrumente:

Fühlst Du Dich in Deiner Klasse wohl, hast Du dort Freunde? Ja Nein

Kannst Du Dich an Regeln halten? Ja Nein

Hast Du gleichaltrige Freunde? Ja Nein wieviele ?

Fühlst Du Dich zu Hause wohl? Ja , oder was würdest Du gerne ändern?

Bist Du überwiegend antriebslos traurig ausgeglichen

Erledigst Du gestellte Aufgaben genau und pünktlich? Ja Nein

Bist Du mit Deiner körperlichen Entwicklung, Deiner Größe u. Gewicht zufrieden? Ja Nein

nur ♀: Menarche (1. Regelblutung) Ja Nein Wann? nur ♂: Stimmbruch Ja Nein

TV – und Videokonsum: Stunden pro Tag Musikkonsum: Stunden pro Tag

Spielekonsole oder Videospiele: Stunden pro Tag Facebook/Twitter etc: Std pro Tag

Liest Du? Ja Nein Bücher Zeitschriften Comics

Abendliche Beschäftigung Jugendtreffs Vereine Sonstiges

Rauchen Ja Nein Alkohol Ja Nein wurden Dir schon einmal Drogen angeboten Ja Nein

Essgewohnheiten / Probleme ?