

Fragebogen **U10/U11** an das Kind

ausgefüllt am: _____

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 oder machst Du Dir Sorgen über Deine Gesundheit ?

Ja Gibt es Probleme beim Lernen? Auswendigbehalten Konzentration Lesen Rechnen
Schreiben Anderes? _____

Welche Schule besuchst Du? Grundschule Förderschule Sonderschule

Klasse: _____, Durchschnittsnote: _____

Deine Lieblingsfächer _____, Problemfächer _____

Ja Hast Du starke Angst, zur Schule zu gehen ? Hast Du schon einmal geschwänzt ?

Ja Gibt es Probleme mit Deinen Schulleistungen?

Nein Fühlst Du Dich in Deiner Schulklasse wohl?

Nein Kannst Du Dich an Regeln halten?

Nein Hast Du gute gleichaltrige Freunde?

Ja Gibt es Probleme mit Deiner Familie?

Ja Bist Du schon einmal von zu Hause weggelaufen?

Ja Kannst Du schlecht schlafen? Einschlafen durchschlafen

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

Ja Bist du sehr wählerisch beim Essen?

Ja Macht Dir Dein Gewicht Sorgen? Zu viel zu wenig

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

Ja Musst Du häufig die Augen zusammenkneifen? Wiederholst Du bestimmte Bewegungen (z.B.
Schulterzucken) besonders häufig? Oder hat Dir das 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?

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?

Ja Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein? Welche? _____

Ja Hast Du schon einmal geraucht Alkohol getrunken Drogen probiert ?

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 **Mädchen:** Hast du bereits deine Regelblutung? Wenn ja, mit _____ Jahren erste Regelblutung.

Hast Du

Fragen: