

**Name:**

**Geburtsdatum:**

**Diese Fragen beantwortest Du bitte selbst**

Leidest Du häufig unter Beschwerden?

Schwindel	ja	nein
Gelenkbeschwerden	ja	nein
Kopfschmerzen	ja	nein
Bauchschmerzen	ja	nein
Müdigkeit	ja	nein
Rückenschmerzen	ja	nein
Sonstiges	ja	nein

Was? \_\_\_\_\_

Hast Du eine Blasenschwäche oder nässt Du ein?	ja	nein
Hast Du oft Durchfall oder Verstopfung?	ja	nein
Hast Du vor etwas eine besondere Angst?	ja	nein

**Schulbildung:**

Hauptschule          Realschule          Gymnasium          Sonstiges: \_\_\_\_\_

Welche Klasse?: \_\_\_\_\_ Deine Durchschnittsnote: \_\_\_\_\_

Bist Du versetzungsgefährdet?	ja	nein	Schwänzt Du den Unterricht?	ja	nein
Machst Du Hausaufgaben?	ja	nein	Hast Du Schulangst?	ja	nein

Deine Lieblingsfächer: \_\_\_\_\_ Deine Problemfächer: \_\_\_\_\_

**Sport:**

Kein Sport          Vereinssport          Freizeitsport          Sonstiges: \_\_\_\_\_

Hobbies: \_\_\_\_\_

Fühlst Du Dich in Deiner Klasse wohl?	ja	nein	
Kannst Du Dich an Regeln halten?	ja	nein	
Kannst Du großzügig sein?	ja	nein	
Hast Du gleichaltrige Freunde?	ja	nein	
Gibst Du Dich zu Hause anders als in der Schule?	ja	nein	
Bist Du überwiegend	ausgeglichen	traurig	aggressiv
Erledigst Du gestellte Aufgaben genau und pünktlich?	ja	nein	
Bist Du mit Deiner körperlichen Entwicklung, Deiner Größe und Gewicht zufrieden?	ja	nein	
Wenn nein warum?	_____		

**Bitte wenden!**

Nur für Mädchen: Periode: ja nein Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Nur für Jungen: Stimmbruch: ja nein

Bildschirmmedien (Handy, Tablet, etc.): \_\_\_\_\_ Stunden pro Tag

Computerspiele: \_\_\_\_\_ Stunden pro Tag

Musikkonsum: \_\_\_\_\_ Stunden pro Tag

Liest Du? ja nein Bücher Zeitschriften Comics  
Abendliche Beschäftigung: Jugendtreffs Vereine Sonstiges: \_\_\_\_\_

Rauchst Du? Ja nein

Trinkst Du Alkohol? ja nein

Drogenerfahrung? ja nein