



Fragebogen für Jugendliche

Wenn du mir diese Fragen beantwortest, kann ich dir besser helfen. Deine Antworten bleiben vertraulich, d.h. sie bleiben mein Geheimnis (Arztgeheimnis)! Bringe diesen ausgefüllten Fragebogen bitte in einem verschlossenen Umschlag mit.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Wenn du gewisse Fragen nicht beantworten willst, ist das in Ordnung. Vielleicht frage ich dich dann danach.

Ernährung

Ja Nein Ernährst du dich normal, d.h. abwechslungsreich und von allem etwas? Wenn nein, machst du eine Diät & welche?

Seit wann und mit welchem Ziel?

Schule

Ja Nein Gehst du gerne zur Schule? Wenn nein, warum nicht?

Wie sind deine Leistungen in folgenden Fächern (Note):

Deutsch: _____ Rechnen: _____

Ja Nein Bist du jemals zurückversetzt worden? Wie viele Tage hast du im letzten Jahr in der Schule gefehlt?

Und warum?

Elternhaus

Ja Nein Gab es in deinen Augen schon größere Krisen in deiner Familie? Wenn ja, welche?

Ja Nein Fühlst du dich in deiner Familie wohl? Wenn nein, warum nicht?

Ja Nein Hast du öfter Auseinandersetzungen? Wenn ja, mit wem vor allem?

Ja Nein Kommst du gut mit deinen Geschwistern aus? Wenn nein, mit wem und wieso nicht?

Möchtest du etwas in deinem Verhältnis zu deinen Eltern ändern? Wenn ja, was?

Zukunft

Ja Nein Hast du Pläne für deine Zukunft?
Wenn ja, welche?

Was möchtest du keinesfalls werden?

Und wieso?

Ja Nein Arbeitest du schon? Wenn ja, was?

Freunde

Ja Nein Hast du gleichaltrige Freunde?
Wenn nein, warum nicht?

Ja Nein Kannst du auf sie zählen?

Ja Nein Was glaubst du, bist du beliebt?
Wenn nein, wieso nicht?

Ja Nein Hast du eine/n enge/n Freund/in?

Du selbst

Ja Nein Kommst du gut mit dir zurecht?
Wenn nein, was stört dich?

Was kannst du gut?

Was macht dir Mühe?

Welche schlechten Gewohnheiten
möchtest du ändern?

Ja Nein Glaubst du, dass Leute zu viel von dir
Erwarten? Wenn ja, wer?

Ja Nein Hast du manchmal über längere Zeit das
Gefühl, alles sei sinnlos?

Ja Nein Hattest du schon Schwierigkeiten mit der
Polizei? Wenn ja, warum?

Gesundheit

Was würdest du deiner allgemeinen
Gesundheit für eine Note geben (1-6)?

Ja Nein Warst du jemals im Krankenhaus?
Wenn ja, wo und warum?

Ja Nein Nimmst du zurzeit Medikamente ein?
Wenn ja, welche?

Verordnung durch welchen Arzt?

Ja Nein Bist du auf gewisse Medikamente allergisch
oder verträgst sie schlecht? Wenn ja, welche?

Ja Nein Nimmst du zurzeit Drogen (Alkohol, Tabak,
Joints, Heroin, Speed)? Wenn ja, welche?

Und wie oft?

Nimmt jemand in deiner Familie oder aus
deinem Freundeskreis Drogen? Wenn ja, wer?

Name: _____



Hast du Fragen oder Bemerkungen zu folgenden Themen (bitte ankreuzen)?

- Gewicht
- Herz
- Blutdruck
- Magen/Erbrechen/Verdauung
- Kopfschmerzen
- Verstopfung/ Durchfall
- Schwindel
- Hautausschläge
- Ohnmacht
- Arme/Beine/Gelenke/Muskeln
- Augen/Sehen
- Häufiges/schmerzhaftes Wasserlassen
- Ohren/Hören
- Bettnässen
- Nase/Schnupfen/Riechen
- Geschlechtsorgane
- Mund/Zähne
- Schlafprobleme
- Rücken/Nacken
- Müdigkeit
- Brust
- Vergewaltigung/sexueller Missbrauch
- Gewaltätigkeit
- AIDS
- Kinderwunsch
- Krebs
- Tod

Ja Nein **Hast du noch andere Fragen, die du gerne mit mir besprochen hättest?**

Wenn ja, welche?

Vielen Dank für dein Vertrauen!

Name: _____

