

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Lieber Patient, liebe Patientin, wir bitten dich diesen Teil von deinen Eltern für uns ausfüllen zu lassen:

Hat Ihr Kind.....	nein	ja
ernste Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte, Operationen?		
Wenn ja, welche?		
schwere oder häufige Infekte?		
Allergien?		
Probleme mit dem Hören und mit dem Sehen?		
Welche Schule besucht er/sie?		
Welche Klasse?		
Gibt es in der Schule Probleme?		
Bewegt er/sie täglich mehr als eine Stunde (einschließlich Schulweg etc.)?		
Mehr als drei Stunden?		
Mehr als sechs Stunden?		
Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?		
Welche?		
Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Jugendlichen zufrieden?		
Verwenden Sie im Haushalt Salz?		
Wenn ja: mit Jod? mit Fluorid? mit Folsäure?		
Gibt es besondere Belastungen in Ihrer Familie?		
Wenn ja, welche?		
Gibt es in der Familie Cholesterinprobleme? Herzinfarkte unter 50 Jahren?		

Zeigt Ihr Kind weitere, oben nicht genannte, auffällige Verhaltensweisen oder gibt es weitere relevante Erkrankungen in der Familie? Bitte teilen Sie uns diese hier mit:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name: _____ Geburtsdatum: _____

**Diesen Fragebogen und den Satzergänzungsbogen beantwortest Du bitte selbst!
(Wenn Du etwas nicht wissen solltest, dann lass es einfach frei)**

	nein	ja
Hast Du Probleme mit dem Hören oder Sehen?		
Was sind Deine Lieblingsfächer in der Schule? _____	/	/
Was hast für eine Note in Sport? _____ und in Kunst? _____	/	/
Gibt es für Dich Probleme in der Schule?		
Wenn ja, welche?		
Hast Du Fragen zu Deiner Gesundheit?		
Wenn ja, welche?		
Hast Du Hobbys?		
Wenn ja, welche?		
Weißt Du schon, was Du mal werden willst?		
Bist Du in einem Sportverein?		
Wenn ja, welche Sportart?		
Bewegst Du Dich täglich mehr als eine Stunde (einschließlich Schulweg etc.)?		
Mehr als drei Stunden?		
Nutzt Du TV/PC/Tablets/Smartphone täglich mehr als eine Stunde?		
Mehr als drei Stunden?		
Mehr als sechs Stunden?		
Trinkst Du Alkohol?		
Wenn ja, wie oft und wie viel Alkohol trinkst Du?		
Rauchst Du?		
Hast Du schon mal Drogen probiert?		
Hast Du Fragen zu Sexualität/Verhütung/Schutz vor Aids?		
Hast Du andere Fragen an uns?		

Gibt es sonst etwas bestimmtes, dass du gerne besprechen würdest oder dir auf dem Herzen liegt?
Bitte teilen Sie uns diese hier mit:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name: _____ Geburtsdatum: _____

**Bitte vervollständige diese Sätze
(ohne lange Nachzudenken und aus Deinem Bauch heraus)!**

Rotter Satzergänzungstest:

Ich mag gern

Ich möchte wissen

Zu Hause

Es tut mir leid

Jungen

Der (die, das) Beste

Was mich ärgert

Eine Mutter

Meine größte Angst

Auf der Schule

Ich kann nicht

Mir gelang nicht

Ich leide

Die Zukunft

Ich brauche

Mir geht es am besten

Was mich quält

Mir ist zuwider

Ich bin sehr

Ich wünsche

Mein Vater

Heimlich

Meine größte Sorge ist

Die meisten Mädchen

Vielen Dank für Deine Mitarbeit!