**Fragebogen zu U10/U11** für Dich! Ausgefüllt am: \_\_\_. \_\_\_. \_\_\_\_\_\_

Vorname, Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_. \_\_\_. \_\_\_\_\_\_

Kreuze nur an, wenn es Dich betrifft.

Ο Ja Leidest Du häufig/gelegentlich unter Beschwerden wie:

 Kopfschmerzen,  Müdigkeit,  Abgeschlagenheit,  Konzentrationsstörung,

 Schwindel,  Bauchschmerzen,  Rücken- und Gelenkbeschwerden,

 andere Beschwerden: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ο Ja Fühlst du dich (anhaltend) krank? Machst du dir Sorgen um deine Gesundheit?

Ο Ja Gibt es Probleme beim Lernen?

 Auswendiglernen,  Konzentration,  Lesen,  Rechnen,  Schreiben,

 anderes: \_\_\_\_\_\_

Welche Schule besuchst Du:  Grundschule,  Förderschule,  Sonderschule

Klasse: \_\_\_, Durchschnittsnote: \_\_\_\_\_\_

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

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

Ο Ja Gibt es Probleme mit deinen Schulleistungen?

Ο Nein Fühlst du dich in deiner Klasse wohl?

Ο Nein Kannst du dich an Regeln halten?

Ο Nein Hast du gleichaltrige Freunde?

Ο Ja Bist du schon einmal von zu Hause weggelaufen?

Ο Ja Kannst du schlecht schlafen?  Einschlafen,  Durchschlafen?

Ο Ja Gibt es Probleme mit der Ernährung?  Zu viel,  zu wenig?  Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ο Ja Bist zu sehr wählerisch beim Essen?

Ο Ja Macht dir dein Gewicht Sorgen?  Zu schwer?  Zu leicht?

Ο Ja Hast du besondere Essgewohnheiten?  Vegetarisch?  Vegan?  Andere?

Ο Ja Musst Du häufig die Augen zusammenkneifen? Wiederholst du bestimmte

Bewegungen (z.B. Schulterzucken) besonders häufig, oder hat dir das jemand

schon mal gesagt?

Ο Ja Wäschst Du dir besonders häufig die Hände? Oder machst du andere Dinge

besonders häufig, so dass dich dies im Alltag behindert?

Ο Ja Bist du bei den dir gestellten Aufgaben leicht ablenkbar oder unkonzentriert?

Ο Ja Hast du vor etwas besondere Angst? Wovor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ο Ja Hast du schon einmal etwas  mutwillig zerstört?  Oder gestohlen?

Ο Ja Hast du starke Stimmungsschwankungen? Bist du oft/anhaltend traurig?

Ο Ja Hast du schon einmal ernsthaft darüber nachgedacht, dich umzubringen?

Ο Ja Nimmst du regelmäßig Medikamente ein? (auch Vitamine oder andere

Nahrungsergänzungsmittel) Welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ο Ja Hast du schon einmal  geraucht?  Alkohol getrunken?  Drogen probiert?

Ο Nein Liest Du?  Bücher?  Zeitschriften?  Comics?

Was machst Du sonst gern in deiner Freizeit? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Jugendtreff  Verein  Spielst du ein Instrument: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Welche Hobbies hast du? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fernsehgewohnheiten: \_\_\_\_ Std./Tag Computerspiele/Internet/Handy: \_\_\_\_Std./Tag

Ο Ja **Mädchen**: Hast du bereits deine Regelblutung? Wenn ja, erste Regelblutung mit

\_\_\_\_\_ Jahren.

Hast du Fragen: