

13. – 15. LEBENSJAHR

Name des Kindes

Praxisstempel

Datum



Schwerpunkte:

Pubertäre Entwicklung sowie Krankheiten, die die geistige und körperliche Entwicklung in nicht geringfügigem Maß gefährden

| | | Ja | Nein |
|-----|---|----|------|
| 1. | Ich habe selten oder nie Kopfschmerzen. | 0 | 0 |
| 2. | Ich mache mir eigentlich keine Sorgen um meine Gesundheit. | 0 | 0 |
| 3. | Ich kann meistens gut schlafen. | 0 | 0 |
| 4. | Ich bin wenig wählerisch beim Essen. | 0 | 0 |
| 5. | Ich bin mit meiner Figur/meinem Körper zufrieden. | 0 | 0 |
| 6. | Ich verstehe mich mit meinen Eltern meistens gut. | 0 | 0 |
| 7. | Ich verstehe mich mit meinen Geschwistern meistens gut. | 0 | 0 |
| 8. | Ich gehe regelmäßig und meistens ganz gern zur Schule. | 0 | 0 |
| 9. | Ich komme in der Schule gut klar. | 0 | 0 |
| 10. | Ich kann mich gut konzentrieren und lernen. | 0 | 0 |
| 11. | Ich habe guten Kontakt zu anderen Jugendlichen. | 0 | 0 |
| 12. | Ich habe einige langjährige Freundschaften. | 0 | 0 |
| 13. | Ich schaue meist unbesorgt in die Zukunft. | 0 | 0 |
| 14. | Ich bin oft und unbegründet über Tage traurig. | 0 | 0 |
| 15. | Ich mache regelmäßig Sport in der Schule und | 0 | 0 |
| 16. | Ich habe Hobbies, denen ich in meiner Freizeit nachgehe. | 0 | 0 |
| 17. | Ich beschäftige mich regelmäßig mit Computer, Fernsehen, Handy; ca Std/Tag | 0 | 0 |
| 18. | In meiner Freizeit bin ich sportlich aktiv. | 0 | 0 |
| 19. | Rauchst du, trinkst du Alkohol oder nimmst du Drogen? | 0 | 0 |
| | | | |

Wende dich gerne an die Ärztin/den Arzt oder das Praxisteam, wenn du Fragen und Antworten besprechen möchtest. Genau dafür sind die Fragebögen gemacht.