

Dr. med. Agathe Traut
 Dr. med. Sascha Kalkbrenner
 Brückenstr. 2a 54338 Schweich

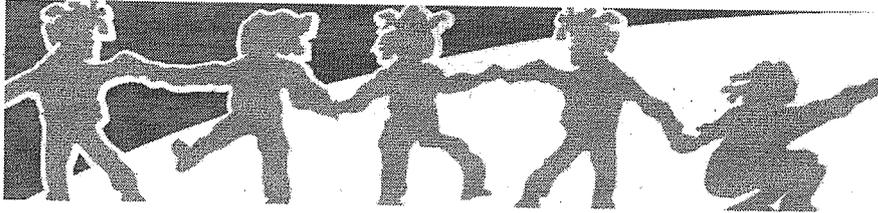
Jugend Anamnese – Für Dich

Name und Vorname:

Geburtsdatum:

Untersuchungsdatum:

Schule	Ja	Nei n	Geht so
Welche Schule besuchst du? _____ Klasse: _____			
Bist du mit der Schule/ den Lehrern/ deinen Leistungen zufrieden?			
Fühlst du dich in der Schule und in deiner Klasse wohl?			
Gibt es Probleme in der Schule? Wenn ja, welche?			
milie			
Kommst du gut klar mit...			
... deinen Eltern?			
... deinen Geschwistern?			
Kannst du mit deinen Eltern über Probleme reden?			
Freunde			
Hast du Freunde in deinem Alter?			
Kannst du mit deinen Freunden über Probleme reden?			
Gesundheit			
Fühlst du dich gesund?			
Hast du in der letzten Zeit körperliche Beschwerden? Wenn ja, welche?			
Sind Erkrankungen oder Allergien bei dir bekannt? Wenn ja, welche?			
Nimmst du regelmäßig Medikamente ein?			
Hast du Ängste? Wenn ja, welche?			
Schlaf			
Hast du Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen?			
Sport			
Betreibst du neben dem Schulsport Sport? Welchen?			
Deine Einschätzung			
Bist du eher <input type="checkbox"/> fröhlich <input type="checkbox"/> traurig <input type="checkbox"/> ruhig <input type="checkbox"/> ausgelassen <input type="checkbox"/> aggressiv			
Wie zufrieden bist du mit deinem Leben? <input type="checkbox"/> zufrieden <input type="checkbox"/> geht so <input type="checkbox"/> unzufrieden			
Deine Einschätzung zu			
Zigaretten			
Alkohol			
Drogen			
Womit verbringst du den größten Teil deiner Freizeit?			
Bist du mit deiner körperlichen Entwicklung, deiner Größe, deinem Gewicht zufrieden?			



Dr. med. Agathe Traut
 Dr. med. Sascha Kalkbrenner
 Brückenstr. 2a 54338 Schweich

Jugend Anamnese - Eltern

Name und Vorname:
 Untersuchungsdatum:

Geburtsdatum:

Familie	Ja	Nei n
Hat Ihr Kind Geschwister? Wie viele?		
Liegt eine besondere familiäre Situation vor?		
Eltern getrennt?		
Elternteil alleinerziehend? Kind lebt bei der <input type="checkbox"/> Mutter/ beim <input type="checkbox"/> Vater		
Hat Ihre Tochter/ Ihr Sohn ein eigenes Zimmer?		
Gibt es häufig Anlass zu Auseinandersetzungen?		
Wie schätzen Sie das Vertrauensverhältnis zu Ihrem Kind ein? (Skala 1-6)		
Rauchen Sie? Mutter <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Vater <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Gesundheit des Jugendlichen		
Sind im Verlauf der Entwicklung Probleme aufgetreten?		
<input type="checkbox"/> Kleinkindalter <input type="checkbox"/> Kindergartenalter <input type="checkbox"/> Schulzeit Wenn ja, welche?		
Liegen bekannte Erkrankungen/ Behinderungen vor? Wenn ja, welche?		
<input type="checkbox"/> beim Kind <input type="checkbox"/> bei den Eltern <input type="checkbox"/> bei den Geschwistern <input type="checkbox"/> bei den Großeltern		
Gab es bei Ihrem Kind bisher Operationen? Wenn ja, welche?		
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?		
Wurden bei Ihrem Kind alle erforderlichen Impfungen durchgeführt?		
Auffälligkeiten		
Bei der Sprache		
Bei der seelischen Entwicklung		
Im Umgang mit Anderen		
Schwierigkeiten in der Schule		
Störungen/ Schwierigkeiten beim Lernen, Konzentrationsstörungen		
Schlafstörungen		
Essstörungen, Gewichtsprobleme		
Angstzustände		
Seh- und/ oder Hörbehinderungen		
Probleme mit Suchtmitteln (Alkohol, Rauchen, Drogen)		
Allgemeine Entwicklung		
Hat Ihr Kind besondere Talente/ Interessen? Welche?		
Hat Ihr Kind Hobbys? Welche?		
Ist Ihr Kind sportlich aktiv? In welchen Sportarten?		
Hat Ihr Kind gleichaltrige Freunde?		
Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? (Skala von 1-6)		
Sind Sie mit dem schulischen Werdegang Ihres Kindes zufrieden? (Skala von 1-6)		

Ich bin mit evtl. erforderlichen Impfungen nach den Empfehlungen der ständigen
 Impfkommision (STIKO) einverstanden: _____ Unterschrift