



# Anamnesebogen J1

Name: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

## Diese Fragen beantwortest du bitte selbst

Leidest du häufig unter folgenden Beschwerden?

- |                   |                             |                               |                                    |                             |                               |
|-------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Schwindel         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Kopfschmerzen                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gelenkbeschwerden | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Durchfall oder Verstopfung         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Müdigkeit         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Hast du vor etwas besonders Angst? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Rückenschmerzen   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Hast du ein Blasenschwäche oder    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Bauchschmerzen    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | nässt du ein?                      |                             |                               |

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Schulbildung:** Besuchst du die/das  Realschule,  Gymnasium,  Werkrealschule,  Sonstiges

Klasse: \_\_\_\_\_ Durchschnittsnote: \_\_\_\_\_ Bist du mit dem Schultyp zufrieden?  Ja  Nein

Bist du versetzungsgefährdet?  Ja  Nein Hast du häufig Fehlzeiten?  Ja  Nein

Machst du Hausaufgaben?  Ja  Nein Hast du Schul-/Prüfungsangst?  Ja  Nein

Deine Lieblingsfächer: \_\_\_\_\_

Deine Problemfächer: \_\_\_\_\_

**Sport:**  Kein Sport  Vereinssport  Freizeitsport \_\_\_\_\_

**Hobbies/Musikinstrumente:** \_\_\_\_\_

Fühlst du dich in deiner Klasse wohl, hast du dort Freunde?  Ja  Nein

Kannst du dich an Regeln halten?  Ja  Nein

Hast du Freunde in deinem Alter?  Ja  Nein Wie viele? \_\_\_\_\_

Fühlst du dich zu Hause wohl?  Ja, oder was würdest du gerne ändern? \_\_\_\_\_

Bist du überwiegend  antriebslos  traurig  ausgeglichen  glücklich

Bist du mit deiner Größe und Gewicht zufrieden?  Ja  Nein

Menarche (1.Regelblutung)  Nein  Ja, wann? \_\_\_\_\_

Stimmbruch?  Nein  Ja

Serien- und Filme: Std. pro Tag \_\_\_\_\_

Zocken/Konsole, Handy, PC: Std. pro Tag \_\_\_\_\_

Socialmedia (TikTok, Instagram,...): Std. pro Tag \_\_\_\_\_

Musik/Podcastkonsum: Std. pro Tag \_\_\_\_\_

Liest du?  Ja  Nein  Bücher  Zeitschriften  Comics

Rauchen  Ja  Nein Alkohol  Ja  Nein

Essgewohnheiten/ Probleme? \_\_\_\_\_