

Dr. Dietmair + Dr. Wagner + Dr. Wörle
Ärztliche Gemeinschaftspraxis
Bischof-Ulrich-Straße 2 86399 Bobingen
Telefon 08234/3051 Fax 08234/7740
E-Mail info@praxis-bobingen.de



Fragebogen J1

Name Vorname Datum

Schule

Welche Schule besuchst Du? Klasse

Bist Du mit Deinen schulischen Leistungen zufrieden? Ja Nein

Welche Fächer bereiten Dir besondere Freude?

Und welche Fächer machen Dir Probleme?

Gibt es Schwierigkeiten mit Lehrern? Wenn ja, welche?

Sonstige Probleme in der Schule? Wenn ja, welche?

Familie

Leidet oder litt ein Familienmitglied an einer der folgenden Störungen?

- Krampfanfälle (Epilepsie) oder gehäufte Fieberkrämpfe
- gehäufte oder länger dauernde Infektionen
- Allergien, Asthma, Ekzem, Heuschnupfen
- Angina pectoris, Herzinfarkt, Fettstoffwechselstörungen

Gibt es bei Euch Haustiere? Wenn ja, welche?

Operationen, Unfälle

Bist Du in den letzten 5 Jahren operiert worden?

Wenn ja, wann?

welche Operation?

welches Krankenhaus?

Hattest Du einen Unfall?

Wenn ja, wann?

welche Verletzung?

Sport

Hast Du Probleme bei normaler sportlicher Betätigung (Schulsport)?

Wenn ja, welche?

Treibst Du auch außerhalb der Schule Sport?

Wenn ja, welchen?

Im Verein? Ja Wettkampfmäßig? Ja

Gibt oder gab es dabei Probleme? Wenn ja, welche?

Persönliche Probleme

Hast Du bei einem der folgenden Punkte Probleme oder möchtest Du einfach darüber sprechen?

- | | | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sprechen | <input type="checkbox"/> Hören | <input type="checkbox"/> Sehen | <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> Lernen | <input type="checkbox"/> Konzentration |
| <input type="checkbox"/> Familie | <input type="checkbox"/> Freunde | <input type="checkbox"/> Ernährung | <input type="checkbox"/> Rauchen | <input type="checkbox"/> Alkohol | <input type="checkbox"/> Medikamente |

Nur für Mädchen

Hast Du schon eine Menstruation? Wenn ja, seit wann?

Regelmäßig? Ja Nein

Hast Du dabei Beschwerden? Ja Nein