



Anamnesebogen
zur J1/J2/Jugendschutzuntersuchung
oder zur Allgemeinuntersuchung
bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Name:	Geburtsdatum:
-------	---------------

Patient/in in unserer Praxis seit:.....

Vorheriger Hausarzt/Hausärzte/Kinderarzt?.....

Mit wem wohnst Du in einem gemeinsamen Haus oder einer Wohnung zusammen?

Mutter Geschwister (Vorname, Alter) sonstige Personen?

Vater

Großeltern

Wie ist das Verhältnis zu diesen Personen? (bitte kurz beschreiben)

.....

.....

Hast Du ein eigenes Zimmer? ja nein, ich teile mir ein Zimmer mit

.....

Hast Du einen eigenen Fernseher? Spielekonsole?

Netbook/Tablet/Notebook? Handy?

Welche Hobbys hast Du?

(Sport, Musikunterricht, sonstiges)

Wann/wie oft führst Du sie aus?

(z.B. immer montags 2 Stunden, 3x/Wo, 2x/Jahr)

.....

.....

.....

.....

Welche Schule besuchst Du?.....

Welche Klasse besuchst Du?.....

Welches ist Dein Lieblingsfach?.....

In welchem Fach hast Du die besten Noten?.....

In welchen Fächern hast Du Probleme?.....

.....

Hast Du schon eine Idee, was Du nach deinem Schulabschluß machen möchtest/

Berufswunsch?.....

Hast Du schon einen Ausbildungsplatz? ja nein

als was?bei welcher Firma?.....

Wer ist/sind deine besten Freunde (Vornamen).....

.....

Gibt es Erwachsene außer Deinen Eltern, zu denen Du ein enges Verhältnis hast/denen Du Dich anvertrauen kannst, wenn Du Sorgen oder Probleme hast? nein

ja – wer?.....

.....

Hast Du Probleme mit dem Einschlafen oder wachst Du nachts auf?

nie manchmal oft

Hast Du Alpträume? nie manchmal oft

Was träumst Du?.....

.....

Größecm aktuelles Gewichtkg

Hast Du Probleme mit der Verdauung? Bauchweh Durchfall Verstopfung

Blähungen sonstiges.....

Hast Du Kopfschmerzen?

nein ja, wie oft..... Wie lange dauern die Attacken?..... mit Übelkeit
mit Sehstörungen mit Lichtscheu mit Lärmscheu
mit sonstigen Symptomen, welche.....

Hast Du Gelenk- oder Rückenschmerzen? nein ja, wo?..... wie oft?..... Wie lange dauern die Attacken?.....

Was löst die Beschwerden aus?.....
Was lindert die Beschwerden?.....

Hast Du Allergien?

nein ja, gegen.....
Welche Beschwerden macht das?.....

Hast Du Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

nein ja, welche.....
Welche Beschwerden macht das?.....

Gibt es Lebensmittel, die Du häufig zu Dir nimmst? nein

ja, welche?.....

Gibt es Lebensmittel, die Du überhaupt nicht magst/nie isst? nein

ja, welche?.....

Hast Du Angst Gewicht zuzunehmen abzunehmen keines von beiden

Würdest Du gern weniger wiegen mehr wiegen wie viel?.....

Trinkst Du Alkohol nie selten häufig regelmäßig

wie oft?pro Tagpro Woche was?.....

Rauchst Du nein ja

seit wann? wie viele Zigaretten pro Tag: pro Woche:

Hasst Du schon einmal Drogen probiert? nein ja

welche?..... wie oft?.....

Nimmst Du irgendwelche Medikamente ein? nein ja

welche?..... wie oft?.....

..... wie oft?.....

Nimmst Du die Pille? nein ja welche?..... seit wann?.....

andere Verhütungsmethode welche?..... seit wann?.....

Hast Du oder hattest Du mal einen festen Freund/eine feste Freundin?

ja, aktuell nein nein, aber vorMonaten/.....Jahren

Hattest Du schon einmal Geschlechtsverkehr? nein ja

Hast Du Probleme mit der Haut? Akne Pickel Juckreiz

sonstiges).....

Hast Du Probleme mit der Periode? nein ja

nicht regelmäßig zu stark zu wenig mit Schmerzen

sonstiges.....

Hast Du manchmal traurige Stimmung Grübelneigung

Ängste, welche?.....

sonstiges:.....

Hattest Du schon einmal Psychotherapie? nein

ja wann? wo? weswegen?.....

Ist jemand in Deiner Familie schwer krank (z. B. Herzerkrankungen, Krebs u.ä.)
 wer?.....welche Erkrankung?.....

.....

Hattest Du schon einmal eine ärztliche Verordnung für

Krankengymnastik wann?..... wie oft?.....weswegen?.....

Massage wann?..... wie oft?.....weswegen?.....

Physikalische Therapie (Kälte-/Wärmeanwendungen, Fango usw.)
 wann?.....wie oft?.....weswegen?.....

sonstige Therapien,
 was? weswegen? wann? wie oft?

.....

Bist Du schon einmal operiert worden nein

ja, weswegen?..... wann?..... wo?.....

.....

Gibt es sonstige gesundheitliche oder seelische Beschwerden oder Probleme, die hier nicht aufgeführt
 wurden?

.....

	überhaupt nicht	ein wenig	teil- weise	größten- teils	in hohem Maße	in sehr hohem Maße
Ich verrichte meine Aufgaben nur langsam.						
Meine Zukunft erscheint mir hoffnungslos.						
Beim Lesen kann ich mich nur schwer konzentrieren						
Mein Leben ist Freudlos und ohne Vergnügen.						
Ich kann keine Entscheidungen fällen.						
Dinge, die früher für mich interessant waren, sind jetzt uninteressant.						
Ich bin oft unglücklich, traurig und niedergeschlagen.						
Ich finde keine Ruhe, bin rastlos.						
Ich bin immer müde.						
Schon kleinste Aufgaben sind mich eine große Anstrengung.						
Ich fühle mich schuldig und habe es verdient, bestraft zu werden.						

Ich bin ein Versager.						
Ich habe eine Leere in mir, eher tot als lebendig.						
Ich kann nicht schlafen, nicht einschlafen oder durchschlafen.						
Ich habe schon überlegt, wie ich Selbstmord begehe.						
Ich fühle mich gefangen.						
Selbst über schöne Dinge kann ich mich nicht freuen.						
Ich habe einfach so stark zu- oder abgenommen.						

Dieser Teil des Bogens wird von uns ausgefüllt!

Goldberg:

(0 - 9 Punkte: o.B., 10 - 17 Punkte: noch o.B , 18 - 21 Punkte: leicht , 21 - 35 Punkte: leicht bis mittel, 36 - 53 Punkte: mittel bis schwer, 54+ schwer)

RR:

Größe:

Gewicht:

BB:

Cholesterin:

TSH:

Combur:.....

Farbtest:.....

Hörtest:

Impfstatus:

vollständig

Auffrischung(en) notwendig

.....
