



Fragebogen J1/J2

Name _____

Hast Du mehrfach pro Monat Bauchschmerzen oder Kopfschmerzen ? *Ja* *Nein*

Hast Du allergische Beschwerden ? *Ja* *Nein*

Bist Du in der Früh ausgeschlafen ? *Ja* *Nein*

Machst Du Dir Sorgen zu dick zu sein ? *Ja* *Nein*

Bist Du in der Schule häufig leicht ablenkbar und unkonzentriert ? *Ja* *Nein*

Gehst Du die meiste Zeit gern zur Schule ? *Ja* *Nein*

Macht Dir ein Schulfach besondere Schwierigkeiten ? *Ja* *Nein*

Streitest Du häufig mit Deinen Eltern oder Deinen Freunden ? *Ja* *Nein*

Macht Dir irgendetwas große Angst ? *Ja* *Nein*

Bist Du häufig ohne Grund traurig oder verzweifelt ? *Ja* *Nein*

Besuchst Du einen Sportverein oder eine Jugendgruppe ? *Ja* *Nein*

Verbringst Du mehr als eine Stunde am Tag vor PC oder Fernseher ? *Ja* *Nein*

Gibt es etwas was Du die Ärztin/ den Arzt fragen möchtest oder besprechen möchtest ? *Ja* *Nein*

Danke für Deine Mithilfe !