

Anamnesebogen zur J1

Name des Patienten/der Patientin:.....

geboren am:..... Geschlecht:.....

Anschrift:.....

.....

Auskunft der Eltern

Zutreffendes bitte ankreuzen

Zur Familie

.....tes Kind von

Erkrankungen bei Eltern, Geschwistern oder Großeltern

Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gelenk- und Knochenkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allergien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fehlsichtigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hörstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tumore	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Übergewicht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Seelische Leiden, Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stoffwechselkrankheiten	<input type="checkbox"/> Diabetes		

Elterngröße: Muttercm Vatercm

Familienumfeld

Beruf der Mutter.....

Beruf des Vaters.....

Alleinerziehend ja nein
 Nikotingewohnheiten ja nein

Eltern getrennt ja nein

Zum Jugendlichen:

Vorgeschichte

Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Probleme.....	
Geburt	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Frühgeburt	<input type="checkbox"/> Risikogeburt <input type="checkbox"/> Probleme.....
Entwicklungen	<input type="checkbox"/> normal		
Probleme	<input type="checkbox"/> Kleinkindesalter	<input type="checkbox"/> Kindergarten	<input type="checkbox"/> Schulalter
Therapien	<input type="checkbox"/> Logopädie	<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Psychotherapie <input type="checkbox"/> Krankengymnastik
Behinderungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche:.....	
Operationen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche:	
Wesentliche Unfälle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche:	
Schulprobleme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche:	
Gravierende Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche:	

Diese Fragen beantwortest du bitte selbst!

Zutreffendes bitte ankreuzen

Leidest du häufig unter Beschwerden?

Schwindel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Müdigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Was:

Schulbildung

Du besuchst die/das

Hauptschule Realschule Gymnasium Sonstiges.....

Welche Klasse?.....

Deine Durchschnittsnote:.....

Bist du versetzungsgefährdet? ja nein

Schwänzt du den Unterricht? ja nein

Machst du Hausaufgaben? ja nein

Hast du Schulangst? ja nein

Deine Lieblingsfächer:.....

Deine Problemfächer:.....

Sport

kein Sport Vereinssport Freizeitsport Sonstiges:.....

Hobbies:.....

Fühlst du dich in deiner Klasse wohl, hast du dort Freunde?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kannst du dich an Regeln halten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kannst du großzügig sein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hast du gleichaltrige Freunde?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gibst du dich zu hause anders als in der Schule?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erledigst du gestellte Aufgaben genau und pünktlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bist du überwiegend	<input type="checkbox"/> ausgeglichen	<input type="checkbox"/> traurig
Bist du mit deiner körperlichen Entwicklung, deiner Größe und deinem Gewicht zufrieden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Menarche (1. Regelblutung) ja nein Wann?..... Stimbruch: ja nein

TV- und Videokonsum: _ Stunden/Tag

Computerspiele: _ Stunden/Tag

Handy und Musikkonsum _ Stunden/Tag

Liest du? ja nein Was? Bücher Zeitschriften Comics

Abendliche Beschäftigung: Jugendtreff Vereine

Sonstiges:.....

Rauchen: ja nein Alkohol: ja nein Drogenerfahrung: ja nein

Essprobleme: ja nein Welche:.....

Rotter Satzergänzungen

1. Ich mag gern.....
2. Ich möchte wissen.....
3. Zu Hause.....
4. Es tut mir leid.....
5. Jungen.....
6. Der (die, das) Beste.....
7. Was mich ärgert ist, dass.....
8. Eine Mutter.....
9. Meine größte Angst.....
10. In der Schule.....
11. Ich kann nicht.....
12. Mir gelang nicht.....
13. Ich leide.....
14. Meine Zukunft.....
15. Ich brauche.....
16. Mir geht es am Besten.....
17. was mich quält ist,.....
18. Mir ist zuwider.....
19. Ich bin sehr.....
20. Ich wünsche.....
21. Mein Vater.....
22. Heimlich.....
23. Meine größte Sorge ist.....



KINDER- UND
JUGENDMEDIZIN

Rappenaauer Kinderdocs
Dr. med. M. Vierling, Dr. med. M. Strammiello & Kollegen
Raiffeisenstraße 1, 74906 Bad Rappenau
Tel.: 07264 / 3600 Fax: 07264 / 5692

24. Die meisten Mädchen.....

Depressionsscreener für Teenager (DesTeen)

Unten stehen einige Sätze zu Gefühlen oder Gedanken, die Du vielleicht in den letzten beiden Wochen gehabt hast.

Kreuze bitte genau das Kästchen an, das am besten dazu passt, wie Du Dich gefühlt hast.

Hier ist ein Beispiel, an dem Du das Ankreuzen üben kannst:

- Ich langweile mich nicht mehr als sonst.
- Ich langweile mich etwas häufiger als sonst.
- Mir ist viel häufiger langweilig als nicht langweilig.
- Mir ist ständig langweilig.

Wichtig ist, dass Du Deine Antworten immer auf die letzten beiden Wochen und nicht nur auf heute beziehst.

Es gibt dabei keine richtigen oder falschen Antworten.

Los geht's!

1. Ich bin fast immer gut gelaunt.
 Ich bin häufig gut gelaunt.
 Ich bin selten gut gelaunt.
 Ich bin nie gut gelaunt.
2. Es fällt mir leicht, Dinge anzufangen.
 Es fällt mir etwas schwerer als sonst, Dinge anzufangen.
 Es fällt mir viel schwerer als sonst, Dinge anzufangen.
 Ich schaffe es kaum noch, Dinge anzufangen.
3. Ich schaffe es nicht, mich auf etwas zu konzentrieren.
 Ich bin viel unkonzentrierter als sonst.
 Ich bin etwas unkonzentrierter als sonst.
 Ich bin so konzentriert wie sonst.
4. Mir machen gar keine Dinge mehr Spaß.
 Mir machen kaum noch Dinge Spaß.
 Mir machen wenige Dinge Spaß.
 Mir machen viele Dinge Spaß.
5. Ich bin genauso toll wie andere.
 Ich zweifele manchmal daran, dass ich genauso toll bin wie andere.
 Im Vergleich zu anderen bin ich eher unbedeutend.
 Ich bin völlig unbedeutend.

6. Immer wenn etwas schief geht, habe ich Schuldgefühle.
 Ich habe oft Schuldgefühle, auch wenn ich nichts falsch gemacht habe.
 Ich habe manchmal Schuldgefühle.
 Ich habe fast nie Schuldgefühle.

7. Viele Dinge gelingen mir.
 Früher hatte ich öfter das Gefühl, dass mir die Dinge gelingen.
 Sehr selten habe ich das Gefühl etwas richtig zu machen.
 Ich mache alles falsch.

8. Ich glaube nicht, dass jemand mich mag.
 Ich glaube nur selten, dass andere mich mögen.
 Früher hatte ich häufiger das Gefühl, dass andere mich mögen.
 Andere Menschen mögen mich.

9. Ich mache mir keine Sorgen über die Zukunft.
 Wenn ich an die Zukunft denke, mache ich mir manchmal Sorgen.
 Wenn ich an die Zukunft denke, mache ich mir oft Sorgen.
 Ich mache mir ständig Sorgen über die Zukunft.

10. Ich bin bei jeder noch so kleinen Gelegenheit genervt.
 Ich bin viel schneller genervt als sonst.
 Ich bin etwas schneller genervt als sonst.
 Ich bin genauso ausgeglichen wie sonst.

11. Ich fühle mich den ganzen Tag lang schlapp.
 Ich bin viel schlapper als sonst.
 Ich bin etwas schlapper als sonst.
 Ich fühle mich so fit wie sonst.

12. Es gibt viele Sachen, die mich interessieren.
 Es gibt einige Sachen, die mich interessieren.
 Es gibt kaum Sachen, die mich interessieren.
 Nichts interessiert mich wirklich.

13. Ich bin ständig traurig.
 Ich bin häufig traurig, auch ohne Grund.
 Ich bin manchmal traurig.
 Ich bin fast nie traurig.

14. Ich habe viele gute Freunde.
 Ich habe einige Freunde.
 Ich habe kaum Freunde und fühle mich oft allein.
 Ich fühle mich sehr allein.

GAMing Disorder Scale for Adolescents (GADIS-A)

Datum _____ Name _____

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Deine Nutzung digitaler Spiele. Damit gemeint sind online- oder offline-Games, die du am Smartphone, Tablet, Computer oder einer Konsole spielen kannst. Wenn Du an die letzten 12 Monate denkst, wie sehr stimmst Du den folgenden Aussagen zu?

1. Ich spiele häufig öfter und länger, als ich mir vornehme, oder es z.B. mit meinen Eltern abgesprochen war.

stimme überhaupt nicht zu
 stimme eher nicht zu
 stimme teilweise zu
 stimme eher zu
 stimme völlig zu

2. Ich kann oft nicht mit dem Spielen aufhören, obwohl ich vernünftigerweise besser aufhören sollte oder z.B. meine Eltern mir gesagt haben, dass ich aufhören soll.

stimme überhaupt nicht zu
 stimme eher nicht zu
 stimme teilweise zu
 stimme eher zu
 stimme völlig zu

3. Ich verfolge oft keine Interessen außerhalb der digitalen Welt, weil ich lieber spielen möchte. Zum Beispiel treffe ich keine Freunde oder Freundinnen in der wirklichen Welt, besuche keinen Verein, mache keinen Sport oder Musik oder lese nicht mehr wegen des Spielens.

stimme überhaupt nicht zu
 stimme eher nicht zu
 stimme teilweise zu
 stimme eher zu
 stimme völlig zu

4. Ich vernachlässige alltägliche Aufgaben, weil ich lieber spielen möchte. Damit gemeint sind Aufgaben wie Einkaufen, Saubermachen, hinter mir aufräumen, Zimmer ordentlich halten, Pflichten für Schule/Ausbildung/Job.

stimme überhaupt nicht zu
 stimme eher nicht zu
 stimme teilweise zu
 stimme eher zu
 stimme völlig zu

5. Ich spiele weiter, selbst wenn ich dadurch Stress mit anderen bekomme. Gemeint ist Stress z.B. mit Eltern, Geschwistern, festem Freund/ fester Freundin, mit Freunden/ Freundinnen, Lehrerinnen/Lehrern oder Vorgesetzten durch das Spielen.

stimme überhaupt nicht zu
 stimme eher nicht zu
 stimme teilweise zu
 stimme eher zu
 stimme völlig zu

6. Ich spiele weiter, obwohl die Schule (oder Ausbildung/ Job) darunter leidet. Zum Beispiel komme ich wegen des Spielens zu spät, mache nicht im Unterricht mit, mache keine Hausaufgaben und bekomme schlechtere Noten.

stimme überhaupt nicht zu
 stimme eher nicht zu
 stimme teilweise zu
 stimme eher zu
 stimme völlig zu

GADIS-A

7. Durch das Spielen vernachlässige ich mein Aussehen, meine Körperpflege und/oder meine Gesundheit. Z.B. schlafe ich durch das Spielen weniger, ernähre mich ungesund und bewege mich kaum.

- stimme überhaupt nicht zu stimme eher nicht zu stimme teilweise zu stimme eher zu stimme völlig zu

8. Durch das Spielen gefährde ich wichtige Kontakte oder habe diese bereits verloren. Hierzu zählen Kontakte mit festem Freund/ fester Freundin, Freundinnen/ Freunden, Bekannten oder Familie.

- stimme überhaupt nicht zu stimme eher nicht zu stimme teilweise zu stimme eher zu stimme völlig zu

9. Durch das Spielen erlebe ich Nachteile in der Schule oder in der Ausbildung/ im Job. Zum Beispiel habe ich durch das Spielen schlechtere Noten, meine Versetzung ist gefährdet oder ich bin nicht versetzt worden, ich habe keinen Abschluss oder keinen Ausbildungs-/ Studienplatz bekommen, habe ein schlechtes Praktikumszeugnis oder eine Abmahnung oder Kündigung erhalten.

- stimme überhaupt nicht zu stimme eher nicht zu stimme teilweise zu stimme eher zu stimme völlig zu

Es folgt nun eine sehr wichtige Frage, um einzuschätzen, wie häufig Du im Zusammenhang mit digitalen Spielen im letzten Jahr Schwierigkeiten hattest.

10. Wie häufig hattest Du im letzten Jahr die in den Aussagen 1 bis 9 beschriebenen Konflikte oder Schwierigkeiten wegen des Spielens? Kam das nur an einzelnen Tagen vor, gab es längere Phasen von Wochen oder Monaten oder war das nahezu täglich?

- überhaupt nicht nur an einzelnen Tagen über längere Phasen nahezu täglich

Zusätzliche Fragen (wenn Frage 10 mindestens mit "über längere Phasen" beantwortet wurde)

11. Erlebst Du die unter 1 bis 9 genannten Probleme, Konflikte und Schwierigkeiten durch das Spielen seit mindestens einem Jahr?

- ja nein

12. Hattest Du solch längere Phasen mit Problemen, Konflikten oder Schwierigkeiten wegen des Spielens häufiger oder kam das nur einmal vor?

- einmal häufiger als einmal

13. Wie lange dauerte eine solche Phase, in der Du über einen längeren Zeitraum Probleme, Konflikte oder Schwierigkeiten wegen Deines Spielens hattest, maximal an?

- weniger als eine Woche eine Woche bis weniger als ein Monat ein Monat bis weniger als drei Monate drei bis weniger als neun Monate neun Monate und mehr