



ANMELDEBOGEN FÜR JUGENDLICHE

Name, Vorname:	Krankenkasse mit Ort:
Geburtstag:
Geschlecht: <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich	Versicherten-Nr.:
Staatsangehörigkeit:
Straße:	Krankenkassen-Nr.:
PLZ / Wohnort:
Landkreis:
Lebt bei den Eltern: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Status: (siehe Versichertenkarte)
Telefon / Handy:
Schule:	Über wen versichert?
Ausbildungsplatz:	<input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> selbst
Wieviertes Lehrjahr:	
Arbeitsplatz:	

VATER

Beruf:

Berufstätig:
 nein
 ganztags
 halbtags

Staatsangehörigkeit:

MUTTER

Beruf:

Berufstätig:
 nein
 ganztags
 halbtags

Staatsangehörigkeit:

**STIEF-, PFLEGE-, ADOPTIV-
ELTERN, VORMUND**

Beruf:

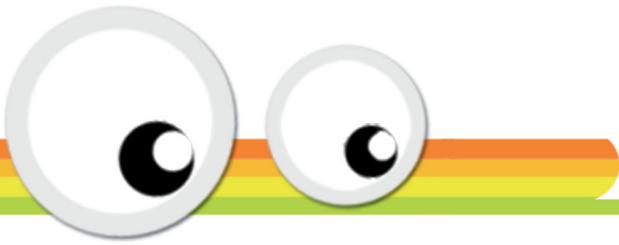
Berufstätig:
 nein
 ganztags
 halbtags

Staatsangehörigkeit:

Hausarzt / -ärztin oder Einrichtung / Person (Name und genaue Anschrift, Tel-Nr.), die Sie an uns verwiesen hat:

.....

.....



WESHALB MÖCHTEN SIE SICH VORSTELLEN?

IN WELCHEM BEREICH SEHEN SIE PROBLEME?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Körperliche Probleme | <input type="radio"/> Verhalten |
| <input type="radio"/> Umgang mit Anderen | <input type="radio"/> Leistungsfähigkeit in Schule / Arbeit |
| <input type="radio"/> Stimmungsschwankungen | <input type="radio"/> Ernährung |
| <input type="radio"/> Anfälle | <input type="radio"/> Migräne / Kopfschmerzen |
| <input type="radio"/> Schlafstörungen | <input type="radio"/> Sonstiges: |

Können Sie die Probleme genauer beschreiben?

.....

.....

.....

Welche Hilfe erwarten Sie?

.....

.....

.....

Was können Sie gut, was fällt Ihnen leicht?

.....

.....

.....

BESCHÄFTIGUNGEN IN DER FREIZEIT

Welche Sportarten betreiben Sie?

.....

.....

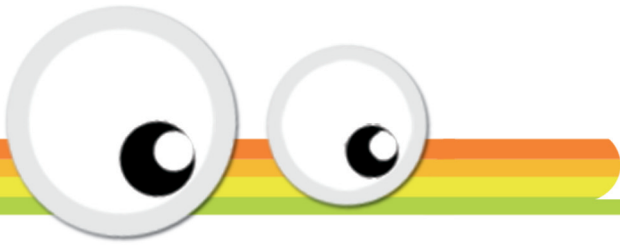
Wie oft in der Woche?

Welche Freizeitaktivitäten haben Sie?

.....

.....

Wie oft in der Woche?



In welchem Verein sind Sie?

.....
.....

Haben Sie Zuhause bestimmte Pflichten? Wenn ja, welche?

.....
.....

FRAGEN ZU IHREN FREUNDSCHAFTEN

Ich habe keine Freunde

Wieviele gute Freunde und Freundinnen haben Sie?

Wie oft in der Woche unternehmen Sie was mit ihnen?

.....
.....

FRAGEN ZU IHREN GESCHWISTERN

Ich habe keine Geschwister

IM VERGLEICH ZU ANDEREN IHRES ALTERS

gut

schlechter

besser

ich vertrage mich mit ihnen

ich vertrage mich mit Anderen meines Alters

ich vertrage mich mit meinen Eltern

ich kann mich gut alleine beschäftigen

LEISTUNGSFÄHIGKEIT IN SCHULE / AUSBILDUNG

Ich bin weder in der Schule noch in einer Ausbildung

gut

durchschnittlich

schlecht

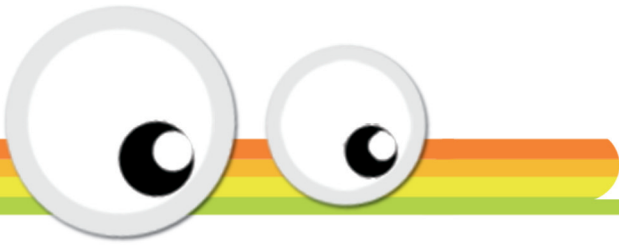
Deutsch (Lesen, Schreiben)

Fremdsprache

Mathematik

Naturwissenschaft

Geschichte / Sachkunde / Sozialkunde



Ergänzende Bemerkungen:

.....

.....

.....

KRANKHEIT / KÖRPERLICHE BEHINDERUNG?

.....

.....

.....

SORGEN IN DER SCHULE / AUSBILDUNG?

.....

.....

.....

HABEN SIE (NOCH) ANDERE SORGEN?

.....

.....

.....

BESCHREIBEN SIE, WAS SIE AN SICH SELBST AM BESTEN FINDEN:

.....

.....

.....

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:

.....

Datum: