



NAME
GEB.-DATUM

SCHULE/
KLASSE:

Wie schätzt Du Dich selbst ein?

- fröhlich traurig ruhig locker/ausgeglichen aggressiv

Womit verbringst Du den Großteil Deiner Freizeit?

Hobbies

- Freunde Familie PC/Handy/Konsole/Tablet Fernsehen „Chillen“

| FRAGEN | Ja | Teilweise | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bist Du zufrieden mit Dir selbst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bist Du körperlich gut belastbar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Machst Du Sport (außerhalb der Schule)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bist Du zufrieden mit Deinem Gewicht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bist Du zufrieden, wie es in der Schule läuft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hast Du eine Vertrauensperson, der Du alles sagen kannst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hast Du einen festen Freundeskreis/beste(n) Freund(in)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bist Du mit Deiner familiären Situation zufrieden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn nicht, warum nicht? | | | |
| Bist Du oft unkonzentriert, müde, unausgeglichen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bereust Du öfter, etwas gesagt/getan zu haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leidest Du öfter unter Kopf- oder Bauchschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schläfst Du schlecht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Würdest Du gern etwas an Dir ändern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hast Du Allergien/chronische Erkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bist Du eher Einzelgänger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rauchst Du? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trinkst Du schon regelmäßig Alkohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hast du schon mal Drogen probiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hast Du „schon“ eine(n) Freund(in)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fühlst Du Dich gut aufgeklärt, würdest Du verhüten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hast Du bestimmte Ängste/Sorgen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

 Wenn ja, wovor?

Folgendes Thema beschäftigt mich:

Über Folgendes möchte ich sprechen:

Mein Berufswunsch:

Nur für Mädchen: Hast du schon deine „Regel“?

Wenn ja, wie lange?

VIELEN DANK!



Auf dieser Seite möchte ich Dich bitten, die angefangenen Sätze zu beenden.

Was ich an mir gut leiden kann/mag

.....

Wenn ich zaubern könnte, würde ich

.....

Manchmal wäre ich gerne

.....

Ich bin ganz traurig, wenn

.....

Ich wünsche mir am meisten, dass

.....

Es macht mir Sorgen, dass

.....

Am meisten nervt mich, wenn

.....

Ich träume oft davon, dass

.....

Wenn ich viel Geld hätte, würde ich

.....

Mir geht es ganz schlecht, wenn

.....

Ich habe Angst, wenn

.....

Wenn es regnet, möchte ich am liebsten

.....

Über meine Gesundheit
wollte ich immer schon mal wissen,

.....

Mein Lieblingsberuf wäre

.....

VIELEN DANK!