

4.Schule

Datum der Einschulung: _____

Bemerkungen
(Schulschwierigkeiten, Legasthenie o.a.):

1 Grundschule von _____ bis _____

Gesamtschule von _____ bis _____

Hauptschule von _____ bis _____

Realschule von _____ bis _____

Gymnasium von _____ bis _____

Förderschule von _____ bis _____

Andere Schule von _____ bis _____

Schultyp:

5.Berufsausbildung

Ausbildungsberuf: _____

Zeitraum der Ausbildung: von _____ bis _____

Abschluß: _____

Berufsvorbereitungsjahr(oder ähnliche ausbildungsvorbereitende Tätigkeit): _____

Berufswunsch/-ziel : _____

6a: Bisherige Therapie

Frühere Kur-/Reha-Aufenthalte: von _____ bis _____ wo? _____
von _____ bis _____ wo? _____
von _____ bis _____ wo? _____

Ambulante Psychotherapie: von _____ bis _____
von _____ bis _____

Stationär-psychiatrischer Aufenthalt: von _____ bis _____
von _____ bis _____

Erziehungs-; Familienberatung: von _____ bis _____

Legasthenie-Therapie: von _____ bis _____

Logotherapie: von _____ bis _____

Ergotherapie von _____ bis _____

Sporttherapie: von _____ bis _____

Ernährungsberatung: von _____ bis _____

Hausaufgabenbetreuung: von _____ bis _____

6b: Therapie bei Familienangehörigen

freiwillige Angabe

wer: _____ Therapierichtung _____ von _____ bis _____

wer: _____ Therapierichtung _____ von _____ bis _____

7. Medikamentengebrauch

	Medikament	Dosierung/ Menge	Einnahme seit
Adipositas- medikamente			
Psycho- pharmaka (Ritalin o.a.)			
Andere			

8a. Erziehungsziele:

Nennen Sie eventuell die Erziehungsziele für ihr Kind in der Reihenfolge der Bedeutsamkeit, die sie für Sie haben und geben Sie bitte an, wie weit das Ziel ihrer Meinung nach erreicht ist (die anzukreuzenden Gesichter markieren die jeweilige Tendenz: ☺ = Erziehungsziel annähernd oder ganz erreicht; ☹ = Erziehungsziel noch nicht erreicht).

1.	☺	☹
2.	☺	☹
3.	☺	☹
4.	☺	☹

8b: Adipositasspezifische Erziehungsziele

1.	☺	☹
2.	☺	☹
3.	☺	☹
4.	☺	☹

9. Soziale Belastung

Hänseleien, schulische Überforderung o.a.

10. Früher und akut belastende Lebensereignisse

Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen, Verlust einer engeren Bindung, Todesfälle, Gewalt o.a.

11. Lebenslauf (bitte von dem/der Jugendlichen ausfüllen)

12. Stärken des/der Jugendlichen

Was kannst Du/machst Du gut? Was kann er/sie gut? Was macht er/sie gern? Aber auch Eigenschaften, Begabungen u.ä..

13. Was erwarten Sie/erwartest Du von der Therapie?

Ziele; Wünsche

14. Bogen ausgefüllt von:

Name in Blockbuchstaben

Datum

Unterschrift