

Symptom-Dokumentation bei Schulangst

Selbstbilden.de – Tagebuch-Vorlage

Allgemeine Angaben

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____ Dokumentationszeitraum: _____ bis _____

Warum diese Dokumentation?

- Sie belegt objektiv die gesundheitliche Belastung deines Kindes
- Sie dient als Nachweis gegenüber Ärzten, Therapeuten und Behörden
- Sie hilft dir selbst, Muster zu erkennen
- Sie kann als Grundlage für ärztliche Atteste dienen

Tägliche Dokumentation

Montag, _____

Zeit	Symptom	1-10	Auslöser
Morgens	_____	___	_____
Mittags	_____	___	_____
Abends	_____	___	_____

Schulbesuch: Ja Nein Teilweise Besonderheiten: _____

Dienstag, _____

Zeit	Symptom	1-10	Auslöser
Morgens	_____	___	_____
Mittags	_____	___	_____
Abends	_____	___	_____

Schulbesuch: Ja Nein Teilweise Besonderheiten: _____

Mittwoch, _____

Zeit	Symptom	1-10	Auslöser
Morgens	_____	___	_____
Mittags	_____	___	_____
Abends	_____	___	_____

Schulbesuch: Ja Nein Teilweise Besonderheiten: _____

Donnerstag, _____

Zeit	Symptom	1-10	Auslöser
Morgens	_____	___	_____
Mittags	_____	___	_____

Abends	_____	_____	_____
--------	-------	-------	-------

Schulbesuch: Ja Nein Teilweise Besonderheiten: _____

Freitag, _____

Zeit	Symptom	1-10	Auslöser
Morgens	_____	_____	_____
Mittags	_____	_____	_____
Abends	_____	_____	_____

Schulbesuch: Ja Nein Teilweise Besonderheiten: _____

Samstag/Sonntag (schulfrei) – Symptome: _____

Häufige Symptome (Checkliste)

Körperlich: Kopfschmerzen Bauchschmerzen Übelkeit Erbrechen Schlafprobleme Appetitlosigkeit Müdigkeit Zittern

Psychisch: Weinen Angst/Panik Traurigkeit Rückzug Reizbarkeit Konzentrationsprobleme Alpträume

Verhalten: Schulverweigerung (verbal) Klammern Verstecken Aggression

Wochenvergleich: Schultage vs. schulfreie Tage

Symptom	Schultage	Wochenende	Unterschied
Kopfschmerzen	_____	_____	_____
Bauchschmerzen	_____	_____	_____
Schlafprobleme	_____	_____	_____
Angst/Tränen	_____	_____	_____

Zusammenfassung für Arztbesuch

Hauptsymptome: 1. _____ 2. _____ 3. _____

Seit wann: _____ Fehlzeiten: _____ Tage in _____ Wochen

Verschlechterung bei: _____ Verbesserung bei: _____