

Fragebogen für **Jugendliche** zur Vorsorgeuntersuchung J1 / J2

Dein Name:

Geburtsdatum:

Zutreffendes bitte ankreuzen

Schule

Welche Schulform besuchst du? Förderschule <input type="radio"/> Hauptschule <input type="radio"/> Gesamtschule <input type="radio"/> Gymnasium <input type="radio"/>		
Bist du mit der Schule / den Lehrern / deinen Leistungen zufrieden?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Fühlst du dich in der Schule und in deiner Klasse wohl?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Gibt es Probleme in der Schule?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>

Familie

Kommst du klar - mit deinen Eltern?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
- mit deinen Geschwistern?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Kannst du mit deinen Eltern über Probleme reden?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

Freunde

Hast du Freunde in deinem Alter?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Kannst du mit deinen Freunden über Probleme reden?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

Gesundheit

Fühlst du dich gesund? Wenn Nein, warum: _____	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Hast du in der letzten Zeit körperliche Beschwerden? Wenn ja, welche: _____	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Sind Erkrankungen oder Allergien bei dir bekannt? Wenn ja, welche: _____	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Hast du Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Nimmst du regelmäßig Medikamente ein?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Hast du Ängste?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Betreibst du neben dem Schulsport Sport? Welchen? _____	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

Deine Einschätzung

Bist du eher Fröhlich <input type="radio"/> Traurig <input type="radio"/> Ruhig <input type="radio"/> Ausgelassen <input type="radio"/> Aggressiv <input type="radio"/>		
Bist du mit deinem Leben zufrieden?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Bist du mit deiner körperlichen Entwicklung, deiner Größe, deinem Gewicht zufrieden?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Zigaretten: Nein, danke <input type="radio"/> Ich rauche selbst <input type="radio"/> Freunde rauchen <input type="radio"/>		
Alkohol: Nein, danke <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> häufig <input type="radio"/>		
Drogen: Nein, danke <input type="radio"/> schon probiert <input type="radio"/> Freunde probieren <input type="radio"/>		
Womit verbringst du deine Freizeit? Hast du Hobbys? Wenn ja, welche: _____		
Freunde <input type="radio"/> Familie <input type="radio"/> Computer spielen/chatten <input type="radio"/> Fernsehen <input type="radio"/> Rumhängen/relaxen/chillen <input type="radio"/>		

Welche Fragen würdest du gerne mit uns besprechen? _____

Fragen zu deiner Gesundheit, zu bestimmten Beschwerden, zu anstehenden Impfungen

Sorgen, Ängste, Stimmungsschwankungen, die dich belasten

Fragen zu Medikamenten, Alkohol, Drogen, Rauchen oder Suchtmitteln

Probleme in der Schule, in der Familie, im Freundeskreis

Fragen zur körperlichen Entwicklung, Pubertät, Aufklärung, Sexualität, Verhütung