



Fragebogen für Jugendliche

Wenn Du einige Fragen nicht beantworten willst, ist das in Ordnung.

Name

Name, Vorname

Geb.-Datum

Fühlst Du Dich gesund?

ja

nein

geht so

Wenn nein, warum geht es Dir nicht gut?

Wie zufrieden bist Du mit

Deiner körperlichen Entwicklung

zufrieden

geht so

unzufrieden

Deiner Größe

zufrieden

geht so

unzufrieden

Deinem Gewicht

zufrieden

geht so

unzufrieden

Deiner Haut

zufrieden

geht so

unzufrieden

Wenn nicht zufrieden, warum nicht?

Hast Du Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen?

ja

nein

Hast Du Ängste?

ja

nein

Wenn ja, welche und/oder wovor?

Sind Erkrankungen oder/und Allergien bei Dir bekannt?

ja

nein

Wenn ja, welche?

Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein?

ja

nein

Wenn ja, welche?

Verordnung durch welchen Arzt?

Bist Du auf gewisse Medikamente allergisch und/oder verträgst sie schlecht?

ja

nein

Wenn ja, welche?



Ernährst Du Dich abwechslungsreich mit

Obst / Gemüse ja geht so nein

Fleisch / Fisch ja geht so nein

Milchprodukten ja geht so nein

Kohlenhydraten
(Brot / Kartoffeln/Nudeln/Reis) ja geht so nein

Machst Du eine Diät und welche? nein ja, falls ja, welche _____

Seit wann und mit welchem Ziel? _____

Ernährst Du Dich vegetarisch oder vegan? nein ja

Nimmst Du Nahrungsergänzungsmittel? nein ja, falls ja, welche _____

Welche Schule besuchst Du und welche Klasse?

Fühlst Du Dich in der Schule und in Deiner Klasse wohl? ja geht so nein

Gehst Du gerne zur Schule? ja geht so nein

Wenn nein, warum nicht? _____

Wie sind Deine Leistungen im Schnitt? 1 2 3 4 5 6

Hast Du die Klassenstufe jemals wiederholt? nein ja

Hast Du in diesem Schuljahr viele Tage gefehlt? nein ja

Wenn ja, warum? _____

Fühlst Du Dich in Deiner Familie wohl? ja geht so nein

Wenn nein, warum nicht? _____

Hast Du oft Auseinandersetzungen? nein manchmal ja

Wenn ja, welche? _____

Gab es in Deinen Augen schon größere Krisen in Deiner Familie? nein ja

Wenn ja, welche? _____

Kannst Du mit Deinen Eltern über Probleme reden? ja etwas nein



Hast Du gleichaltrige Freunde? ja nein

Wenn nein, warum nicht?

Kannst Du auf sie zählen und auch über Probleme reden? ja nein

Hast Du eine enge Freundin oder engen Freund? ja nein

Hast/hattest Du eine feste Freundin oder festen Freund? ja nein

Hast Du Pläne für Deine Zukunft? ja nein

Wenn ja, welche?

Arbeitest Du schon? ja nein

Wenn ja, was?

Hast Du Hobbys? ja nein

Welche?

Machst Du Sport? ja nein

Was und wie oft?

Wieviel Zeit verbringst Du durchschnittlich am Bildschirm (Smartphone, Tablet, Computer)

< 2 Std/Tag 2-4 Std/Tag > 4 Std/Tag

Womit verbringst Du den größten Teil Deiner Freizeit?

Freunde Familie relaxen/chillen

Hobbys Sport Fernsehen

chatten Fernsehen anderes

Bist Du eher

fröhlich traurig ruhig

ausgelassen aggressiv relaxt

Wie zufrieden bist Du mit Deinem Leben?

zufrieden geht so unzufrieden

Stört Dich etwas?

ja nein

Wenn ja, was?

Glaubst Du, dass Leute zu viel von Dir erwarten?

ja nein

Wenn ja, wer?

Hast Du manchmal über längere Zeit das Gefühl, alles sei sinnlos?

ja nein



Hattest Du schon Schwierigkeiten mit der Polizei?

ja nein

Wenn ja, warum nicht?

Hattest Du schon mal körperliche Gewalt gegen Dich oder Andere erlebt?

ja nein

Wenn ja, was?

Deine Einschätzung zu Suchtmitteln

Zigaretten

nein, danke rauche selbst in der Familie Freunde rauchen

Alkohol

nein, danke ab und zu in der Familie selbst oft

Drogen

nein, danke schon probiert in der Familie Freunde probieren

Hast Du Fragen zu den folgenden Themen?
(bitte ankreuzen)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gewicht | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Rücken/Nacken |
| <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Ohnmacht | <input type="checkbox"/> Geschlechtsorgane |
| <input type="checkbox"/> Blutdruck | <input type="checkbox"/> Brust | <input type="checkbox"/> häufiges/schmerzhaftes Wasserlösen |
| <input type="checkbox"/> Magen/Erbrechen/Verdauung | <input type="checkbox"/> Mund/Zähne | <input type="checkbox"/> Bettnässen |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Schlafprobleme | <input type="checkbox"/> Vergewaltigung/sexueller Missbrauch |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung/Durchfall | <input type="checkbox"/> Augen/Sehen | <input type="checkbox"/> Gewalttätigkeit |
| <input type="checkbox"/> Pickel/Akne/Hautausschläge | <input type="checkbox"/> Nase/Schnupfen/Riechen | <input type="checkbox"/> Kinder haben |
| <input type="checkbox"/> Arme/Beine/Gelenke/Muskeln | <input type="checkbox"/> Mund/Zähne | <input type="checkbox"/> Tod |
| <input type="checkbox"/> Ernährung | <input type="checkbox"/> Mund/Zähne | <input type="checkbox"/> Gesundheit - bestimmte Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Sorgen/Ängste | <input type="checkbox"/> Probleme Schule, Familie | <input type="checkbox"/> körperliche Entwicklung, Pubertät |
| <input type="checkbox"/> anstehende Impfungen | <input type="checkbox"/> Freunde | <input type="checkbox"/> Aufklärung, Sexualität, Verhütung |

Hast Du noch andere Fragen, die Du gerne besprechen möchtest?

ja nein

Wenn ja, welche?
