



Name: _____ Geburtsdatum: _____

Fragebogen J1 (12.-14. Lebensjahr) für Jugendliche

Schule			
Welche Schule besuchst du?			Klasse:
Bist du mit der Schule/den Lehrern/deinen Leistungen zufrieden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Geht so
Fühlst du dich in der Schule und in deiner Klasse wohl?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Geht so
Gibt es Probleme in der Schule?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche?

Familie			
Kommst du gut klar mit:			
deinen Eltern	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Geht so
deinen Geschwistern?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Geht so
Kannst du mit deinen Eltern über Probleme reden?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Selten

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

Gesundheit			
Fühlst du dich gesund?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Geht so
Wenn nein, warum geht es dir nicht gut?			
Hast du in letzter Zeit körperliche Beschwerden	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welche:
Sind Erkrankungen oder Allergien bei dir bekannt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welche:
Nimmst du regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welche:
Hast du Ängste	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welche:
Hast du Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, was beschäftigt dich?



Name: _____ Geburtsdatum: _____

Sport			
Betreibst du neben dem Schulsport Sport?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welchen:
Deine Einschätzung			
Bist du eher	<input type="checkbox"/> Fröhlich	<input type="checkbox"/> Traurig	<input type="checkbox"/> Ruhig <input type="checkbox"/> Ausgelassen <input type="checkbox"/> Aggressiv
Wie zufrieden bist du mit deinem Leben?	<input type="checkbox"/> Zufrieden		<input type="checkbox"/> Geht so <input type="checkbox"/> Unzufrieden
Deine Einschätzung zu Suchtmitteln:			
Zigaretten	<input type="checkbox"/> Nein, Danke	<input type="checkbox"/> Ich rauche selbst	<input type="checkbox"/> Freunde rauchen
Alkohol	<input type="checkbox"/> Nein, Danke	<input type="checkbox"/> Hin und wieder	<input type="checkbox"/> Häufig
Drogen	<input type="checkbox"/> Nein, Danke	<input type="checkbox"/> Schon probiert	<input type="checkbox"/> Freunde probieren
Womit verbringst du den größten Teil deiner Freizeit?	<input type="checkbox"/> Freunde <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Hobbys, wenn ja, welche: _____ <input type="checkbox"/> Computer spielen, chatten <input type="checkbox"/> Fernsehen <input type="checkbox"/> Rumhängen, relaxen, chillen <input type="checkbox"/> anderes		
Wie zufrieden bist du mit deiner Größe und deinem Gewicht?	<input type="checkbox"/> Zufrieden	<input type="checkbox"/> Geht so	<input type="checkbox"/> Unzufrieden Wenn ja, warum? _____

Fragen an deinen Arzt/deine Ärztin	
Markiere Themen, über die du sprechen möchtest	
<input type="checkbox"/>	Fragen zu Gesundheit und bestimmten Beschwerden
<input type="checkbox"/>	Fragen zu Medikamenten, Alkohol, Drogen, Rauchen und Sucht
<input type="checkbox"/>	Ernährungsfragen, -tipps
<input type="checkbox"/>	Fragen zu anstehenden Impfungen
<input type="checkbox"/>	Sorgen, Ängste, Stimmungsschwankungen
<input type="checkbox"/>	Fragen zur körperlichen Entwicklung, Pubertät, Aufklärung, Sexualität, Verhütung

Das Gespräch mit dir unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht!