

J1 - Fragebogen für die Jugendlichen

Name der/des

Jugendlichen: _____ Geburtsdatum: _____

Herzlich willkommen zur Jugenduntersuchung J1!

Du hast dich zur Jugend-Gesundheitsuntersuchung angemeldet. Diese macht Sinn, weil Du nun kein Kind mehr bist und die Kinderuntersuchungen von damals nicht mehr aktuell sind. Wir werden zusammen sehen, ob Deine gesamte Entwicklung in normalen Bahnen läuft. Da du dich selber, deinen Körper, deine Psyche, deine Familie viel besser kennst als wir, möchten wir dich bitten, uns die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Wenn du irgendwelche Fragen nicht beantworten, sondern persönlich stellen möchtest, lasse diese aus oder streiche sie durch. Du solltest auch wissen, dass wir diese Angaben auch deinen Eltern gegenüber erst einmal streng vertraulich behandeln.

Schule

Welche Schule besuchst du? _____

Bist du mit der Schule / den Lehrern / deinen Leistungen zufrieden? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Geht so

Fühlst du dich in der Schule und in deiner Klasse wohl? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Geht so

Gibt es Probleme in der Schule? ☐ Nein ☐ Ja, welche? _____

Familie und Freunde

Kommst du gut klar mit:

- deinen Eltern? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Geht so - deinen Geschwistern? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Geht so

Kannst du mit deinen Eltern über Probleme reden? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Geht so

Hast du Freunde in deinem Alter? ☐ Ja ☐ Nein

Kannst du mit deinen Freunden über Probleme reden? ☐ Ja ☐ Nein

Gesundheit

Fühlst du dich gesund? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Geht so

Wenn nein, warum geht es dir nicht gut? _____

Hast du in der letzten Zeit körperliche Beschwerden? ☐ Ja, welche? _____ ☐ Nein

Nimmst du regelmäßig Medikamente ein? ☐ Ja, welche? _____ ☐ Nein

Sind Erkrankungen oder Allergien bei dir bekannt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja welche? _____

Hast du Ängste? ☐ Ja, welche? _____ ☐ Nein

Hast du Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen? ☐ Ja ☐ Nein

Gibt es Probleme mit der Ernährung? ☐ Ja, welche? _____ ☐ Nein

Name des Jugendlichen: _____

Hast du besondere Essgewohnheiten, z.B. vegetarische Kost usw.? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Hast du Pubertätsprobleme? ☐ Ja, welche? _____ ☐ Nein

Bei Mädchen

Hattest du schon deine erste Regelblutung, wenn ja in welchem Jahr? _____

Wann kommt deine Blutung? ☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig

Wann war deine letzte Blutung? _____

Hast du Sexualprobleme? ☐ Ja, welche? _____ ☐ Nein

Bei Jungen

Hattest du deinen Stimmbruch? ☐ Ja, wann? _____ ☐ Nein

Hast du Sexualprobleme? ☐ Ja, welche? _____ ☐ Nein

Deine Einschätzung

Bist du eher: ☐ fröhlich ☐ traurig ☐ ruhig ☐ ausgelassen ☐ aggressiv

Wie zufrieden bist du mit deinem Leben? ☐ zufrieden ☐ geht so ☐ unzufrieden

Deine Einschätzung zu Suchtmitteln (falls du etwas dazu sagen möchtest)

Hast du schon Erfahrungen mit Drogen? ☐ Nein ☐ Ja mit ☐ Zigaretten ☐ Alkohol

☐ andere Drogen, und zwar _____

Weißt du, wie man mit Suchtmitteln umgeht? ☐ Ja ☐ Nein, Fragen/Kommentar: _____

Womit verbringst du den größten Teil deiner Freizeit?

☐ Hobbys Welche? _____

☐ Freunde ☐ Familie ☐ Computer spielen/Chatten Wenn ja Wie lange täglich? _____

☐ Fernsehen Wenn ja, wie lange täglich? _____ ☐ Rumhängen, Chillen ☐ Anderes

Betreibst du neben dem Schulsport Sport? ☐ Ja, welchen? _____ ☐ Nein

Wie oft machst du in der Woche Sport? _____

Wie zufrieden bist du mit deiner körperlichen Entwicklung, deiner Größe, deinem Gewicht?

☐ zufrieden ☐ geht so ☐ unzufrieden, warum? _____

Fragen an deine Ärztin

Markiere die Themen, über die du mit uns sprechen möchtest. (Das Gespräch unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht!)

☐ Fragen zu deiner Gesundheit ☐ Fragen zur körperlichen Entwicklung, Pubertät, Aufklärung, Sexualität,

☐ Fragen zu Medikamenten, Alkohol, Drogen, Rauchen, Suchtverhalten ☐ Ernährungsfragen, -tipps

☐ Sorgen, Ängste, Stimmungsschwankungen, die dich belasten ☐ Probleme in der Schule, Mobbing

☐ Probleme in der Familie und/oder Freundeskreis ☐ Fragen zu Impfungen