



Fragebogen für die Jugendgesundheitsuntersuchung (J1)

Sollen deine Mutter / dein Vater bei der Untersuchung im Zimmer bleiben? egal ja nein

Vorname Nachname

Geburtsdatum

Datum

Bitte das Zutreffende einkreisen.



Gesundheit:

Hast du

Allergien? Nein Ja, welche:
Hörprobleme? Nein Ja, welche:
Sehprobleme? Nein Ja, welche: weitsichtig kurzsichtig
Brille?:
Sprach- oder Sprechprobleme? Nein Ja, welche:
Schwierigkeiten, Farben zu erkennen? Nein Ja, welche:
ein Handicap (Behinderung)? Nein Ja, welche:

Hast du Schwierigkeiten mit dem Ein- oder Durchschlafen Nein Ja
Fühlst du dich gesund? Ja Nein Geht so
Warum geht es dir nicht gut?

Hast du manchmal Schmerzen? Nein Ja, welche

Nimmst du regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Welche?

Wie zufrieden bist du mit deiner körperlichen Entwicklung, deiner Größe, deinem Gewicht
zufrieden geht so: unzufrieden:
warum bist du unzufrieden:

Übergibst du dich, wenn du dich unangenehm voll fühlst? Nein Ja
Machst du dir Sorgen, weil du manchmal nicht mit dem Essen aufhören kannst? Nein Ja
Hast du in der letzten Zeit mehr als 6 kg in 3 Monaten abgenommen? Nein Ja
Findest du dich zu dick, während andere dich zu dünn finden? Nein Ja
Würdest du sagen, dass Essen dein Leben sehr beeinflusst? Nein Ja

Weißt du über deinen Körper, Sex und Geburtenverhütung Bescheid? Ja Nein

Für Mädchen: Zeitpunkt der ersten Regelblutung: ... Jahre

Für Jungs: Anleitung zur Selbstuntersuchung des Hodens gewünscht per E-Mail an:

Bist du mit der wahrscheinlich anstehenden Auffrischimpfung gegen Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten-Kinderlähmung
(1 Injektion mit einem Kombi-Impfstoff) einverstanden? Ja Nein

Falls du noch keine Windpocken hattest, solltest du auch dagegen geimpft werden.
Bist du – falls du noch keine hattest - damit einverstanden? Ja Nein

Gibt es in der Familie eine der folgenden Erkrankungen?

Allergien Nein Ja, wer und welche Weiß nicht
Hohe Cholesterinwerte/Herzinfarkte Nein Ja, wer Weiß nicht

Schule und Sport:

Welche Schule besuchst du? Klasse:
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:
Treibst du Sport? Nein Ja
Welche Sportarten außer Schulsport?



Familie:

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	Selten	Nein

Freunde:

Hast du Freunde in deinem Alter?

Kannst du mit deinen Freunden über Probleme reden?	Ja	Nein
Verbringst du deine Freizeit	mehr allein	mehr mit Freunden?

Selbsteinschätzung:

Bist du eher	fröhlich	traurig	ruhig	ausgelassen	aggressiv?
Wie zufrieden bist du mit deinem Leben?			zufrieden	geht so	unzufrieden

Deine Einschätzung zu Suchtmitteln:

Zigaretten:	nein danke	ich rauche selbst	Freunde rauchen	dein Kommentar:
Alkohol:	nein danke	hin und wieder	häufig	dein Kommentar:
Drogen:	nein danke	schon probiert	Freunde probieren	dein Kommentar:

Freizeit, Spiele:

Womit verbringst du den größten Teil deiner Freizeit?

Hobbys – welche: Freunde: Familie:

Computer spielen / chatten: Fernsehen:

Rumhängen, relaxen, chillen: Anderes:

Welche elektronischen Medien nutzt du? Smartphone Tablet Computer/Laptop Fernseher Spielekonsolen (PS, Switch o. ä.)

Wie oft nutzt du elektronische Medien? (hier sind alle elektronischen Medien gemeint)

täglich Stunden wöchentlich Stunden monatlich Stunden

Spielst du Videospiele?

Nein Ja

Welche Art von Spiel nutzt du (MMORPG, Ego-Shooter, Jump`n`Run, Strategiespiele, Sportspiele etc.)?

Welche Art von Spiel-Genre sagt dir am meisten zu?

Wie viele Spiel-Accounts im Internet hast du?

Wie lange spielst du durchschnittlich Online-Spiele (inkl. Mobile Games) täglich?

gar nicht 1 – 2 Stunden..... mehr als 2 Stunden

Benutzt du soziale Netzwerke (Twitter, Instagram, Facebook, TikTok)? Ja Nein

Wie oft bist du oder spielst du länger online als geplant?

Verbringst du deine Zeit regelmäßig lieber mit Spielen/Zocken als mit deiner Familie oder Freunden?

Ja Nein

Beschweren sich andere Menschen (Freunde, Familie) darüber, dass du zu viel am PC bist?

Ja Nein

Hast du manchmal das Gefühl, dass Freunde, Familie, Schulleistungen unter deinen PC-Aktivitäten leiden?

Ja Nein

Fragen an deinen Arzt: (Das Gespräch mit dir unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht)

Markiere die Themen, über die du mit mir sprechen möchtest.

- Fragen zu deiner Gesundheit, zu bestimmten Beschwerden
- Fragen zu anstehenden Impfungen (bei Mädchen: Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs)
- Sorgen, Ängste, Stimmungsschwankungen, die dich belasten
- Fragen zur körperlichen Entwicklung, Pubertät, Aufklärung, Sexualität, Verhütung
- Fragen zu Medikamenten, Alkohol, Drogen, Rauchen oder Sucht
- Ernährungsfragen, -tipps
- Probleme in der Schule, in der Familie, im Freundeskreis