



J1-Fragebogen für Jugendliche

Name

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 selbst, 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?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Geht so
Fühlst du dich in der Schule und in deiner Klasse wohl?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Geht so
Gibt es Probleme in der Schule?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Geht so

Familie und Freunde

Kommst du gut klar mit:

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

Gesundheit

Fühlst du dich gesund?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Geht so
------------------------	--------------------------	----------------------------	-------------------------------

Wenn nein, warum geht es dir nicht gut? _____

Hast du in der letzten Zeit körperliche Beschwerden?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
--	--------------------------	----------------------------

Wenn ja, welche? _____

Nimmst du regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
---------------------------------------	--------------------------	----------------------------

Wenn ja, welche? _____

Sind Erkrankungen oder Allergien bei dir bekannt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
---	--------------------------	----------------------------

Wenn ja, welche? _____

Hast du Ängste?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
-----------------	--------------------------	----------------------------

Wenn ja, welche? _____

Hast du Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
--	--------------------------	----------------------------

Gibt es Probleme mit der Ernährung? Ja Nein
 Wenn ja, welche? _____
 Hast du besondere Essgewohnheiten, z.B. vegetarische Kost usw.? Ja Nein
 Wenn ja, welche? _____
 Hast du Pubertätsprobleme? Ja Nein
 Wenn ja, welche? _____

Bei Mädchen

Hattest du schon deine erste Regelblutung? Wenn ja, in welchem Jahr? _____
 Wann kommt deine Blutung? regelmäßig unregelm.
 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? Ja Nein
 Wenn 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 Rumhängen/ Chillen Anderes
 Computer spielen/ chatten. Wenn ja, wie lange täglich? _____
 Fernsehen. Wenn ja, wie lange täglich? _____
 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 ärztl. 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

Name: _____

