

Kinder- & Jugendärztin
Ulrike Sonntag
 Potsdamer Chaussee 80
 14129 Berlin

Tel.: 030 / 80 49 05 70
 Fax.: 030 / 80 49 05 72

hallo@kinderaerztin-sonntag.de

Fragebogen zur J2

Name, Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Liebe Jugendliche, liebe Jugendlicher,
 die Jugendgesundheitsuntersuchung J2 ist Deine letzte Vorsorgeuntersuchung beim Kinder- und
 Jugendarzt.

Das heißt aber nicht, dass Du nicht auch noch in Zukunft – nämlich genau bis zu Deinem 18.
 Geburtstag – zu uns kommen kannst!

Vielleicht kennen wir Dich schon von „klein auf“ und sicher hast Du während der vergangenen Jahre
 ein Vertrauensverhältnis zu uns aufbauen können.

Du darfst Dich also jederzeit weiterhin an uns wenden, wenn Du irgendwelche medizinischen Fragen
 oder Probleme bzw. anderweitige Sorgen hast.

Schweigepflicht:

Wir unterliegen der Schweigepflicht (ab einem Alter von 14 Jahre übrigens auch Deinen Eltern
 gegenüber) und so kannst Du hier vielleicht auch Dinge besprechen, die dir evtl. unangenehm sind.

Kreuze bitte an, ob die unten aufgeführten Probleme bei Dir in den letzten 6 Monaten aufgetreten
 sind. Mache bitte nur ein Kreuz in jeder Zeile. Lasse bitte keine Fragen aus.

Ich...	Stimmt	Stimmt nicht
habe Migräne.		
musste wegen Kopfschmerzen zum Arzt/zur Ärztin.		
leide unter asthmatischen Beschwerden oder einer chronischen Bronchitis.		
mache mir viele Sorgen über meine Gesundheit.		
habe manchmal nervöse Zuckungen (z.B. Blinzeltic, Zwinkertic).		
kann schlecht einschlafen (liege mehr als 1Std.wach).		
wache häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen.		
muss bei starker Aufregung stottern.		
habe mehr als einmal im letzten ½ Jahr ins Bett gemacht.		
habe mehr als einmal im letzten ½ Jahr eingekotet.		
habe meistens nur wenig Appetit.		
bin sehr wählerisch beim Essen.		
habe ständig Angst, dick zu werden.		
habe aufgrund meines Essverhaltens mind. 7kg abgenommen, bin untergewichtig		
habe mindestens 10 kg Übergewicht.		

BITTE WENDEN →

Ich...	Stimmt	Stimmt nicht
werde manchmal wegen meines Übergewichtes geärgert.		
habe mit meinen Eltern oft Streit.		
mache, was ich will, auch wenn meine Eltern anderer Ansicht sind.		
wurde wegen meines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, einem Ausflug oder Landheimaufenthalt ausgeschlossen.		
schwänze manchmal die Schule.		
habe starke Angst davor zur Schule zu gehen.		
streite mich fast jeden Tag mit meinem Geschwistern.		
dabei kommt es auch zu ernsthaften Verletzungen, Quälereien oder Drohungen.		
werde von anderen Jugendlichen häufig geärgert, gehänselt, geprügelt.		
habe Angst vor anderen Jugendlichen.		
habe überhaupt keinen Kontakt zu anderen Jugendlichen.		
prügle mich manchmal mit anderen Kindern oder Jugendlichen.		
wechsle häufig meine Freunde.		
bin in der Schule leicht ablenkbar und unkonzentriert.		
bin bei den Hausaufgaben sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert.		
bin bei Regelspielen sehr ablenkbar und unkonzentriert.		
bin in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen.		
bin bei den Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen.		
bin bei Regelspielen sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen.		
bin im Straßenverkehr oft unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten.		
bin beim Spielen oft vorschnell, unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten.		
bin beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause oft sehr unüberlegt und vorschnell.		
bin ängstlich, mache mir viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben).		
habe fast täglich einen Wutanfall.		
werde dann manchmal vor lauter Aufregung „krank“.		
habe panische Angst vor....		
Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten		
allein zuhause zu bleiben		
vor fremden Menschen		
vor Blitz, Donner oder Dunkelheit		
vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen		
bin schon fast übertrieben ordentlich.		
wasche mir oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind.		

BITTE WENDEN →

Ich...	Stimmt	Stimmt nicht
kontrolliere bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach (z.b. Fenster verschlossen usw.		
kaue oder reiße so stark die Fingernägel, dass es häufiger zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise frei liegt.		
bin mindestens einmal pro Woche für mindestens drei Stunden traurig oder niedergeschlagen.		
diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis.		
bin nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn ich traurig bin.		
war schon einmal mind. 2 Wochen am Stück traurig oder niedergeschlagen.		
habe schon einmal ernsthaft daran gedacht mich umzubringen.		
rauche mind. 1 Schachtel Zigaretten pro Woche.		
Rauche Vapes, Shisha oder ähnliches. (Bitte angeben)		
trinke mehrmals pro Woche Alkohol.		
bin mehrmals pro Monat angetrunken.		
habe zuhause oder außerhalb schon einmal etwas wertvolleres gestohlen.		
habe schon mindestens fünfmal wertvolle Dinge entwendet.		
habe schon einmal mit Absicht Dinge, die mir nicht gehören, zerstört oder beschädigt.		
dabei ist ein Schaden von mindestens 30 Euro entstanden.		
bin schon von zu Hause weggelaufen.		
habe folgende oben nicht genannte Probleme:		

Treibst Du Sport ? Wenn Ja, Welche Sportart ? _____

Spielst Du ein Instrument ? Wenn Ja, Welches ? _____

Vielen Dank!

Datum: _____