

Name: \_\_\_\_\_ Fragebogen vom: \_\_\_\_\_

## Fragebogen für Jugendliche (J1)

Bitte diesen Fragebogen vor unserem Termin ausfüllen! Wir möchten uns sehr gründlich auf unser gemeinsames Gespräch vorbereiten und auch dann genügend Zeit haben, um anfallende Fragen zu besprechen. Wenn Du mir diese Fragen beantwortest, kann ich Dir besser helfen. Deine Antworten bleiben natürlich vertraulich, das heißt, sie bleiben mein Geheimnis (Arztgeheimnis). Bringe diesen ausgefüllten Fragebogen bitte in einem verschlossenen Umschlag mit. Wenn Du gewisse Fragen nicht beantworten willst, ist das in Ordnung. Vielleicht frage ich Dich dann danach.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geboren: \_\_\_\_\_

### Ernährung

Ernährst Du Dich normal, das heißt abwechslungsreich ... und von allem etwas?

 Ja

 Nein

 geht so

Wenn nein, machst Du eine Diät und welche?

Seit wann und mit welchem Ziel?

### Schule

Welche Schule besuchst Du und welche Klasse?

Bist Du mit der Schule und Deinen Leistungen zufrieden?

 Ja

 Nein

 geht so

Fühlst Du Dich in der Schule und in Deiner Klasse wohl?

 Ja

 Nein

 geht so

Gehst Du gerne zur Schule?

 Ja

 Nein

 geht so

Wenn nein, warum nicht?

Wie sind Deine Leistungen in	Deutsch:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Mathematik:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Biologie:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Physik:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Chemie:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Sprachen:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Wann und wo machst Du Deine Hausaufgaben?

Wieviel Zeit nimmst Du Dir dafür?

Hast Du die Klassenstufe jemals wiederholt?

Wieviel Tage hast Du in diesem Schuljahr gefehlt?

Wenn ja, warum?

Name: \_\_\_\_\_ Fragebogen vom: \_\_\_\_\_

## Familie

**Fühlst Du Dich in Deiner Familie wohl?**  Ja  Nein  geht so

Wenn nein, warum nicht?

\_\_\_\_\_

Kommst Du gut mit Deinen Eltern aus?  Ja  Nein  geht so

Wenn nein, mit wem und warum nicht?

\_\_\_\_\_

Kommst Du gut mit Deinen Geschwistern aus?  Ja  Nein  geht so  habe keine

Wenn nein, mit wem und warum nicht?

\_\_\_\_\_

Hast Du oft Auseinandersetzungen?  Ja  Nein  manchmal

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Gab es in Deinen Augen schon größere Krisen in Deiner Familie?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Kannst Du mit Deinen Eltern über Probleme reden?  Ja  Nein  geht so

Möchtest Du etwas an Deinem Verhalten zu Deinen Eltern ändern? Wenn ja, was?  Ja  Nein

\_\_\_\_\_

## Freunde

**Hast Du gleichaltrige Freunde?**  Ja  Nein

Wenn nein, warum nicht?

\_\_\_\_\_

Kannst Du auf sie zählen und auch über Probleme reden?  Ja  Nein

Was glaubst Du ... bist Du beliebt?  Ja  Nein

Wenn nein, wieso nicht?

\_\_\_\_\_

Hast Du eine enge Freundin oder engen Freund?  Ja  Nein

Hast/hattest Du eine feste Freundin oder festen Freund?  Ja  Nein

Name: \_\_\_\_\_

Fragebogen vom: \_\_\_\_\_

## Zukunft

**Hast Du Pläne für Deine Zukunft?**

 Ja Nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Was möchtest Du keinesfalls werden?

\_\_\_\_\_

Und wieso?

\_\_\_\_\_

Arbeitest Du schon?

\_\_\_\_\_

Wenn ja, was?

\_\_\_\_\_

## Freizeit

**Hobbys**

 Ja Nein

Welche und wie oft?

\_\_\_\_\_

Sport

 Ja Nein

Was und wie oft?

\_\_\_\_\_

Womit verbringst Du den größten Teil Deiner Freizeit?

Freunde  Familie  relaxen/chillen  Hobbys  Sport  Computerspiele  chatten

Fernsehen  anderes

\_\_\_\_\_

## Du selber

**Bist Du eher ...**

 fröhlich traurig ruhig ausgelassen aggressiv relaxt

Wie zufrieden bist Du mit Deinem Leben?

 zufrieden geht so unzufrieden

Stört Dich etwas?

 Ja Nein

Wenn ja, was?

\_\_\_\_\_

Was kannst Du gut?

\_\_\_\_\_

Was macht Dir Mühe?

\_\_\_\_\_

Welche schlechten Angewohnheiten möchtest Du ändern?

\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Fragebogen vom: \_\_\_\_\_

Glaubst Du, dass Leute zu viel von Dir erwarten?  Ja  Nein

Wenn ja, wer?

\_\_\_\_\_

Hast Du manchmal über längere Zeit das Gefühl, alles sei sinnlos?  Ja  Nein

Hattest Du schon Schwierigkeiten mit der Polizei?  Ja  Nein

Wenn ja, warum?

\_\_\_\_\_

Hattest Du schon mal körperliche Gewalt gegen Dich oder Andere erlebt?  Ja  Nein

Wenn ja, was?

\_\_\_\_\_

## Gesundheit

**Fühlst Du Dich gesund?**  Ja  Nein  geht so

Wenn nein, warum geht es Dir nicht gut?

\_\_\_\_\_

Was würdest Du Deiner allgemeinen Gesundheit für eine Note geben?  1  2  3  4  5

Wie zufrieden bist Du ...

... mit Deiner körperlichen Entwicklung  zufrieden  geht so  unzufrieden

... Deiner Größe  zufrieden  geht so  unzufrieden

... Deinem Gewicht  zufrieden  geht so  unzufrieden

Wenn nicht zufrieden, warum?

\_\_\_\_\_

Hast Du Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen?  Ja  Nein

Hast Du Ängste?  Ja  Nein

Wenn ja, welche und/oder wovon?

\_\_\_\_\_

Warst Du jemals im Krankenhaus?  Ja  Nein

Wenn ja, wo und warum?

\_\_\_\_\_

Sind Erkrankungen oder/und Allergien bei Dir bekannt?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Fragebogen vom: \_\_\_\_\_

Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Verordnung durch welchen Arzt?

\_\_\_\_\_

Bist Du auf gewisse Medikamente allergisch und/oder verträgst sie schlecht?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

## Deine Einschätzung zu Suchtmitteln

(falls Du etwas dazu sagen möchtest)

Zigaretten	<input type="checkbox"/> nein, danke	<input type="checkbox"/> rauche selbst	<input type="checkbox"/> in der Familie	<input type="checkbox"/> Freunde rauchen
Alkohol	<input type="checkbox"/> nein, danke	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> in der Familie	<input type="checkbox"/> selbst oft
Drogen	<input type="checkbox"/> nein, danke	<input type="checkbox"/> schon probiert	<input type="checkbox"/> in der Familie	<input type="checkbox"/> Freunde probieren

Dein Kommentar

\_\_\_\_\_

## Fragen

Hast Du Fragen oder Bemerkungen zu den folgenden Themen (bitte ankreuzen)?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gewicht                    | <input type="checkbox"/> Müdigkeit                         | <input type="checkbox"/> Rücken/Nacken                       |
| <input type="checkbox"/> Herz                       | <input type="checkbox"/> Ohnmacht                          | <input type="checkbox"/> Geschlechtsorgane                   |
| <input type="checkbox"/> Blutdruck                  | <input type="checkbox"/> Brust                             | <input type="checkbox"/> häufiges/schmerzhaftes Wasserlösen  |
| <input type="checkbox"/> Magen/Erbrechen/Verdauung  | <input type="checkbox"/> Mund/Zähne                        | <input type="checkbox"/> Bettnässen                          |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen              | <input type="checkbox"/> Schlafprobleme                    | <input type="checkbox"/> Vergewaltigung/sexueller Missbrauch |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung/Durchfall      | <input type="checkbox"/> Augen/Sehen                       | <input type="checkbox"/> Gewalttätigkeit                     |
| <input type="checkbox"/> Schwindel                  | <input type="checkbox"/> Ohren/Hören                       | <input type="checkbox"/> AIDS, Krebs                         |
| <input type="checkbox"/> Hautausschläge             | <input type="checkbox"/> Nase/Schnupfen/Riechen            | <input type="checkbox"/> Kinder haben                        |
| <input type="checkbox"/> Arme/Beine/Gelenke/Muskeln | <input type="checkbox"/> Mund/Zähne                        | <input type="checkbox"/> Tod                                 |
| <input type="checkbox"/> Ernährung                  | <input type="checkbox"/> Medikamenten                      | <input type="checkbox"/> Gesundheit - bestimmte Beschwerden  |
| <input type="checkbox"/> Sorgen/Ängste              | <input type="checkbox"/> Probleme Schule, Familie, Freunde | <input type="checkbox"/> körperliche Entwicklung, Pubertät   |
| <input type="checkbox"/> anstehende Impfungen       |  | <input type="checkbox"/> Aufklärung, Sexualität, Verhütung   |

Hast Du noch andere Fragen, die Du gerne mit mir besprochen hättest?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Fragebogen vom: \_\_\_\_\_

## Weitere Fragen ...

### Fragen für Sie

#### Bekommst Du schon Deine Monatsblutungen?

 Ja

 Nein

Wenn ja, wann hattest Du Deine erste Monatsblutung? \_\_\_\_\_

Sind Deine Perioden regelmäßig?

 Ja

 Nein

Hast Du dabei Schmerzen?

 Ja

 Nein

 ein wenig

 stark

Weißt Du, wie Du Deine Brüste untersuchen kannst?

 Ja

 Nein

### Fragen für Ihn

Weißt Du, wie Du Deine Hoden untersuchen kannst und warum Du dies tun solltest?

 Ja

 Nein

### Ablauf der Untersuchung (J1/J2)

- Terminabsprache
- Ausfüllen der Fragebögen für die Jugendlichen und die Eltern - Du und Deine Eltern getrennt
- Überprüfung des Impfausweises, besteht noch ausreichender Impfschutz?

#### Körperliche Untersuchung:

- ✓ Messung von Blutdruck und Puls
- ✓ Messung Gewicht, Körpergröße, BMI
- ✓ Feststellung der körperlichen Entwicklung
- ✓ Überprüfung der Atmung, Abhören der Lunge
- ✓ Schilddrüsenkontrolle
- ✓ Hörtest
- ✓ Sehtest (auf Wunsch - IGeL)
- ✓ EKG (auf Wunsch - IGeL)
- ✓ Schilddrüsenultraschall (auf Wunsch - IGeL)

- ✓ Skelettsystem
- ✓ Muskulatur (Haltungsschäden)
- ✓ Haut

#### Labordiagnostik

- ✓ Blut
- ✓ Urin (E, GLC, Prot.)

#### Was bringe ich zur Untersuchung mit:

- Versichertenkarte Krankenkasse
- gelbes Vorsorgeheft (falls vorhanden)
- Impfausweis
- Fragebogen
- Turnschuhe