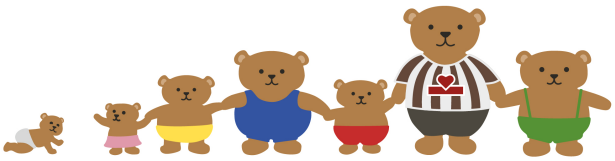
Fragebogen für Jugendliche (J1)



Kinder- und Jugendarztpraxis St. Pauli

Bitte diesen **Fragebogen vor unserem Termin ausfüllen**! Wir möchten uns damit gründlich auf unser gemeinsames Gespräch vorbereiten und dann genügend Zeit haben, um anfallende Fragen zu besprechen.
Durch Beantwortung der Fragen können wir Dir besser helfen. Deine Antworten sind natürlich vertraulich, das heißt, dass Deine Antworten mein Geheimnis (ärztliche Schweigepflicht) bleiben.
Bringe bitte diesen **Fragebogen ausgefüllt** mit zu Deiner Untersuchung. Wenn Du einige Fragen nicht beantwortest, ist das in Ordnung!

Name:	**Vorname**	**Geboren:**

Ernährung

Ernährst Du Dich normal, das heißt abwechslungsreich … und von allem etwas? O Ja O Nein O Geht so

Wenn nein, machst Du eine Diät und welche? ……

Seit wann und mit welchem Ziel? ……

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

Schule

Welche Schule besuchst Du und welche Klasse? ……

Bist du mit der Schule zufrieden? O Ja O Nein O Geht so

Bist du mit Deinen Lehrern zufrieden? O Ja O Nein O Geht so

Bist Du mit Deinen Leistungen zufrieden? O Ja O Nein O Geht so

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

Gibt es Probleme in der Schule? O Nein O Ja, Wenn Ja, welche? ……

Familie und Freunde

Kommst du gut klar mit:

- Deinen Eltern? O Ja O Nein O Geht so
- Deinen Geschwistern? O Ja O Nein O Geht so

Fühlst Du Dich wohl zu Hause? O Ja O Nein O Geht so

Wenn Nein, warum nicht? ……

Hast Du oft Auseinandersetzungen? O Ja O Nein O Geht so

Wenn Ja, warum, welche und mit wem? ……

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

Hast du Freunde in deinem Alter? O Ja O Nein

Hast Du eine enge Freundin oder engen Freund? O Ja O Nein

Hast Du eine feste Freundin oder festen Freund? O Ja O Nein

Kannst du mit deinen Freunden über Probleme reden? O Ja O Nein O Geht so

Gesundheit

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

Wenn Nein, warum geht es dir nicht gut? …….

Hast du in der letzten Zeit körperliche Beschwerden? O Ja, welche?.....
O Nein

Nimmst du regelmäßig Medikamente ein? O Ja, welche?.....
O Nein

Sind Erkrankungen oder Allergien bei dir bekannt? O Ja, welche?.....
O Nein

Hast du Ängste? O Ja, welche?..... O Nein

Freizeit

Womit verbringst Du den größten Teil deiner Freizeit?

O Hobbys Welche? …….

O Freunde O Familie O Computer spielen/ Chatten Wenn ja Wie lange täglich? ……Std.

O Fernsehen, Wenn ja, wie lange täglich? ……..Std. O Rumhängen/ Chillen O Anderes

Betreibst du neben dem Schulsport Sport? O Ja, welchen? O Nein

Wie oft machst Du in der Woche Sport? …….

Deine Einschätzung

Bist Du eher: O fröhlich O traurig O ruhig O ausgelassen O agressiv

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

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

Hast du schon Erfahrungen mit Drogen?

O Nein O Ja mit

O **Zigaretten**	O nein, danke	O rauche selbst	O in der Familie	O Freunde rauchen
O **Alkohol**	O nein, danke	O ab und zu	O in der Familie	O selbst oft
O **andere Drogen**	O nein, danke	O schon probiert	O in der Familie	O Freunde probieren

und zwar ……

Weißt du, wie man mit Suchtmitteln umgeht?

O Ja O Nein

Fragen/Kommentar: ……

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

O zufrieden O geht so O unzufrieden, warum? …….

Bei Mädchen (♀)

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

Wann kommt deine Blutung? O regelmäßig O unregelmäßig

Name: Vorname: Fragebogen vom (Datum):

Wann war deine letzte Blutung? ……

Hast du Sexualprobleme? O Ja, welche? ……. O Nein

Bei Jungen (♂)

Hattest du deinen Stimmbruch? O Ja, wann? …… O Nein

Hast du Sexualprobleme? O Ja, welche? ……. O Nein

Fragen an Deinen Jugendarzt

Markiere die Themen, über die Du mit uns sprechen möchtest. (**Ärztliche Schweigepflicht!**)

O Fragen zu deiner Gesundheit
O Fragen zur körperlichen Entwicklung, Pubertät, Aufklärung, Sexualität,
O Fragen zu Medikamenten, Alkohol, Drogen, Rauchen, Suchtverhalten
O Ernährungsfragen, -tipps
O Sorgen, Ängste, Stimmungsschwankungen, die dich belasten
O Probleme in der Schule, Mobbing
O Probleme in der Familie und/oder Freundeskreis
O Fragen zu Impfungen

Hast Du noch Fragen, die Du gern besprochen hättest?

O Nein O Ja, Welche?

……
……
……

Ablauf der Untersuchung:

- Terminabsprache
- Ausfüllen des Fragebogen für die Jugendlichen
- Überprüfung des Impfausweises, besteht noch ausreichender Impfschutz?

Körperliche Untersuchung:

- ✓ Messung von Blutdruck, Puls, Gewicht, Körperlänge & Body-Maß-Index
- ✓ Feststellung der körperlichen Entwicklung
- ✓ Überprüfung der Atmung, Abhören der Lunge
- ✓ Schilddrüsenkontrolle
- ✓ Hörtest
- ✓ Skelettsystem & Muskulatur (Haltungsschäden)
- ✓ Haut

Labordiagnostik (wenn gewünscht):

- ✓ Blut
- ✓ Urin

Bitte zur Untersuchung mitbringen:

- Versichertenkarte
- Gelbes Vorsorgeuntersuchungsheft (falls vorhanden)
- Fragebogen

Name: Vorname: Fragebogen vom (Datum):

SATZERGÄNZUNGSTEXT

Name:……Geb.Datum:……Datum:……

1. MeinVater……
2. Ich habe Angst……
3. Wenn ich älter bin……
4. Meine Schularbeiten ……
5. Ich finde es scheußlich ……
6. Manchmal träume ich ……
7. Es ist mir peinlich……
8. Es tut mir schrecklich leid……
9. Andere Kinder……
10. Die Lehrer……
11. Die meisten Jungen……
12. Im Dunkeln……
13. Mich ärgert……
14. Meine Geschwister……
15. Die Schule……
16. Die Erwachsenen……
17. Ich brauche……
18. Meine Mutter……
19. Ich kann nicht……
20. Das einzige Dumme ist……
21. Die meisten Mädchen……
22. Hoffentlich……
23. Meine größte Sorge ist……
24. Ganz im Geheimen……
25. Mein größter Wunsch……
26. Ich hasse……