

# J1 - Fragebogen für die Jugendlichen

Name der/des

Jugendlichen: \_\_\_\_\_ 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 selber, 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?  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? \_\_\_\_\_

## Familie und Freunde

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  Nein  Geht so

Hast du Freunde in deinem Alter?  Ja  Nein

Kannst du mit deinen Freunden über Probleme reden?  Ja  Nein

## Gesundheit

Fühlst du dich gesund?  Ja  Nein  Geht so

Wenn nein, warum geht es dir nicht gut? \_\_\_\_\_

Hast du in der letzten Zeit körperliche Beschwerden?  Ja, welche? \_\_\_\_\_  Nein

Nimmst du regelmäßig Medikamente ein?  Ja, welche? \_\_\_\_\_  Nein

Sind Erkrankungen oder Allergien bei dir bekannt?  Ja  Nein

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Hast du Ängste?  Ja, welche? \_\_\_\_\_  Nein

Hast du Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen?  Ja  Nein

Gibt es Probleme mit der Ernährung?  Ja, welche? \_\_\_\_\_  Nein

**Name des Jugendlichen:** \_\_\_\_\_

Hast du besondere Essgewohnheiten, z.B. vegetarische Kost usw.?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hast du Pubertätsprobleme?  Ja, welche? \_\_\_\_\_  Nein

**Bei Mädchen**

Hattest du schon deine erste Regelblutung, wenn ja in welchem Jahr? \_\_\_\_\_

Wann kommt deine Blutung?  regelmäßig  unregelmäßig

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?  Nein  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  Computer spielen/Chatten Wenn ja Wie lange täglich? \_\_\_\_\_

Fernsehen Wenn ja, wie lange täglich? \_\_\_\_\_  Rumhängen, Chillen  Anderes

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 ärztlichen 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