

J1 Fragebogen

Name: _____

Geburtsdatum: _____

(1) 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:	1	2	3	4	5	6
Deutsch						
Mathematik						
Sprachen						

Wann und wo machst Du Deine Hausaufgaben?

Wie viel Zeit nimmst Du dafür?

Hast du die Klassenstufe jemals wiederholt?

Wieviel Tage hast Du in diesem Schuljahr gefehlt? Warum?

(2) Freizeit

Hobbys? Welche und wie oft?

Sport? Was und wie oft?

Womit verbringst du den größten Teil Deiner Freizeit?

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Familie | <input type="checkbox"/> Freunde | <input type="checkbox"/> Chatten |
| <input type="checkbox"/> Sport | <input type="checkbox"/> Hobbys | <input type="checkbox"/> relaxen/chillen |
| <input type="checkbox"/> Computerspiele | <input type="checkbox"/> Fernsehen | <input type="checkbox"/> anderes |

(3) Familie

Fühlst Du Dich in Deiner Familie wohl?

- Ja Nein geht so

Wenn nein, warum nicht?

Kommst Du gut mit Deinen Eltern aus und kannst Du mit ihnen über Probleme reden?

- 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?

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

- Ja Nein

Wenn ja, welche?

Möchtest Du etwas an Deinem Verhalten zu Deinen Eltern ändern.

- Ja Nein

Wenn ja, was?

(4) Freunde

Hast Du gleichaltrige Freunde?

- Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?

Kannst Du auf sie zählen und auch über Probleme reden?

- Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?

(5) 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?

Glaubst Du, dass Leute zu viel von Dir erwarten?

- Ja Nein

Wenn ja, wer?

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

- Ja Nein

(6) Zukunft

Hast Du Pläne für Deine Zukunft? Wenn ja, welche?

(7) 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 6

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 wovor?

Sind Erkrankungen oder/und Allergien bei dir bekannt?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

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?

(8) Ernährung

Ernährst Du Dich abwechslungsreich?

Ja Nein geht so

Hast Du eine bestimmte Ernährungsform?

Seit wann und mit welchem Ziel?

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

Fragen für Ihn:

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

Ja Nein

Deine Einschätzung zu Suchtmitteln

Zigaretten	<input type="checkbox"/> Nein, danke	<input type="checkbox"/> Rauche selbst
Alkohol	<input type="checkbox"/> Nein, danke	<input type="checkbox"/> Ab und zu
Drogen	<input type="checkbox"/> Nein, danke	<input type="checkbox"/> Schon probiert

(9) Fragen

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

<input type="checkbox"/> Gewicht	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Geschlechtsorgane
<input type="checkbox"/> Herz, Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ohnmacht	<input type="checkbox"/> Körperliche Entwicklung, Pubertät
<input type="checkbox"/> Augen, Ohren, Nase	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Aufklärung, Sexualität, Verhütung
<input type="checkbox"/> Arme, Beine, Gelenke, Muskeln	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Kinder haben
<input type="checkbox"/> Rücken, Nacken	<input type="checkbox"/> Mund, Zähne	<input type="checkbox"/> AIDs, Krebs
<input type="checkbox"/> Brust	<input type="checkbox"/> Hautausschläge	<input type="checkbox"/> Vergewaltigung / sexueller Missbrauch
<input type="checkbox"/> Magen, Verdauung, Erbrechen	<input type="checkbox"/> Häufiges / schmerzhaftes Wasserlassen	<input type="checkbox"/> Gewalttätigkeit
<input type="checkbox"/> Verstopfung, Durchfall	<input type="checkbox"/> Bettnässen	<input type="checkbox"/> Tod
<input type="checkbox"/> Ernährung	<input type="checkbox"/> Medikamenten	<input type="checkbox"/> Sorgen / Ängste
<input type="checkbox"/> Schlafprobleme	<input type="checkbox"/> Anstehende Impfungen	<input type="checkbox"/> Probleme Schule, Familie, Freunde

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

- Ja Nein

Wenn ja, welche?
