

Fragebogen **J1/J2** an die/den Jugendliche/n

ausgefüllt am: _____

Dein Name: _____

geb. am: _____

Kreuze nur an, wenn es Dich betrifft. Leidest du häufig/gelegentlich unter Beschwerden wie:

- ☐ Ja Kopfschmerzen ☐, Müdigkeit/Abgeschlagenheit ☐, Konzentrationsstörung ☐, Schwindel ☐,
Bauchschmerzen ☐, Rücken-/Gelenkbeschwerden ☐, andere Beschwerden? _____
- ☐ Ja Fühlst Du dich (anhaltend) krank ☐ oder machst Du Dir Sorgen über Deine Gesundheit ☐?
- ☐ Ja Gibt es Probleme beim Lernen? Auswendigbehalten ☐, Konzentration ☐, Lesen ☐, Rechnen ☐,
Schreiben ☐, Anderes? _____
Welche Schule besuchst Du? Hauptschule ☐, Realschule ☐, Gymnasium ☐, Andere ☐
Klasse: _____, Durchschnittsnote: _____
Deine Lieblingsfächer _____, Problemfächer _____
- ☐ Ja Hast Du starke Angst, zur Schule zu gehen ☐? Hast Du schon einmal geschwänzt ☐?
- ☐ Ja Gibt es Probleme mit Deinen Schulleistungen?
- ☐ Nein Fühlst Du Dich in Deiner Schulklasse wohl?
- ☐ Nein Kannst Du Dich an Regeln halten?
- ☐ Nein Hast Du gute gleichaltrige Freunde?
- ☐ Ja Gibt es Probleme mit Deiner Familie?
- ☐ Ja Bist Du schon einmal von zu Hause weggelaufen?
- ☐ Ja Gibt es Probleme mit der Ernährung? Zu viel ☐, zu wenig ☐, andere _____
- ☐ Ja Hast Du manchmal Hungerattacken und fällst über den Kühlschrank her? Hast Du nach dem Essen
das Bedürfnis, Dich zu übergeben? Übergibst Du Dich nach dem Essen?
- ☐ Ja Macht Dir Dein Gewicht Sorgen? Zu viel ☐, zu wenig ☐
- ☐ Ja Hast Du schon einmal eine Diät gemacht? Warum? _____ Erfolgreich ☐?
- ☐ Ja Hast Du andere Essgewohnheiten? z.B.: Vegetarische Kost ☐, andere _____
- ☐ Ja Musst Du häufig die Augen zusammenkneifen? Wiederholst Du bestimmte Bewegungen (z.B.
Schulterzucken) besonders häufig? Oder hat Dir das jemand schon einmal gesagt?
- ☐ Ja Wäschst Du Dir besonders häufig die Hände? Oder machst Du andere Dinge besonders häufig, so
dass Dich dies im Alltag behindert?
- ☐ Ja Bist Du bei Dir gestellten Aufgaben leicht ablenkbar oder unkonzentriert?
- ☐ Ja Hast Du vor etwas besondere Angst? Wovor? _____
- ☐ Ja Hast Du schon einmal etwas mutwillig zerstört ☐ oder gestohlen ☐?
- ☐ Ja Hast Du starke Stimmungsschwankungen? Bist Du oft/anhaltend traurig?
- ☐ Ja Hast Du schon einmal ernsthaft darüber nachgedacht, Dich umzubringen?
- ☐ Ja Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein? Welche? _____
- ☐ Ja Rauchst Du? ☐ Trinkst Du? ☐ Hast Du Erfahrung mit Drogen? ☐
- ☐ Nein Treibst Du Sport? Im Verein ☐, Freizeit ☐. Sportart: _____
- ☐ Nein Liest Du? Bücher ☐, Zeitschriften ☐, Comics ☐
Was machst Du sonst gerne in Deiner Freizeit? _____
Jugendtreffs ☐, Vereine ☐, Spielst Du ein Instrument? ☐ _____
Welche Hobbys hast Du? _____
Fernsehgewohnheiten: ____ Std./Tag Computerspiele/Internet/Handy: ____ Std./Tag
- ☐ Ja Hast Du Probleme mit deinem Freund/ Deiner Freundin ☐? Beim/mit dem Sex ☐? Bei der
Verhütung ☐?
- ☐ Ja Homosexualität ☐? Bisexualität ☐?
- Mädchen** Erste Regelblutung mit ____ Jahren. Regelmäßig ☐/unregelmäßig ☐? Zuletzt am: _____
- Jungen** Stimmbruch mit ____ Jahren

Hast Du Fragen: