



FRAGEBOGEN ZUR J1



HOLGER THEEK
DR. D. BARTELHEIMER
UND DR. A. WAGENER
Fachärzte für Kinderheilkunde
und Jugendmedizin

NAME
GEB.-DATUM

SCHULE/
KLASSE:

Wie schätzt Du Dich selbst ein?

- fröhlich traurig ruhig locker/ausgeglichen aggressiv

Womit verbringst Du den Großteil Deiner Freizeit?

Hobbies

- Freunde Familie PC/Handy/Konsole/Tablet Fernsehen „Chillen“

FRAGEN	Ja	Teilweise	Nein
Bist Du zufrieden mit Dir selbst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bist Du körperlich gut belastbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machst Du Sport (außerhalb der Schule)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bist Du zufrieden mit Deinem Gewicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bist Du zufrieden, wie es in der Schule läuft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast Du eine Vertrauensperson, der Du alles sagen kannst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast Du einen festen Freundeskreis/beste(n) Freund(in)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bist Du mit Deiner familiären Situation zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nicht, warum nicht?			
Bist Du oft unkonzentriert, müde, unausgeglichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereust Du öfter, etwas gesagt/getan zu haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidest Du öfter unter Kopf- oder Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläfst Du schlecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Würdest Du gern etwas an Dir ändern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast Du Allergien/chronische Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bist Du eher Einzelgänger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchst Du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinkst Du schon regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast du schon mal Drogen probiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast Du „schon“ eine(n) Freund(in)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlst Du Dich gut aufgeklärt, würdest Du verhüten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast Du bestimmte Ängste/Sorgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wovor?			
Folgendes Thema beschäftigt mich:			
Über Folgendes möchte ich sprechen:			
Mein Berufswunsch:			
Nur für Mädchen: Hast du schon deine „Regel“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie lange?			

VIELEN DANK!