



## FRAGEBOGEN U11 + J1

NAME UND VORNAME \_\_\_\_\_

Bitte diese Sätze vervollständigen, mit deinem Namen versehen und spätestens 2 Tage vor der Kontrolluntersuchung in die Praxis schicken.

Vielen Dank!

Wenn ich groß werde...

\_\_\_\_\_

Es stört mich, dass...

\_\_\_\_\_

Die Schule ist...

\_\_\_\_\_

Andere Kinder...

\_\_\_\_\_

Ich bin traurig, wenn...

\_\_\_\_\_

Der Vater...

\_\_\_\_\_

Die Mutter...

\_\_\_\_\_

Ich versuche...

\_\_\_\_\_

Die Welt...

\_\_\_\_\_

Wenn nur meine Eltern...

\_\_\_\_\_

Jungs sind...

\_\_\_\_\_

Ich wollte...

\_\_\_\_\_

Wenn ich zu Hause bin...

\_\_\_\_\_

Ich hoffe...

\_\_\_\_\_

Brüder...

\_\_\_\_\_

Schwestern...

\_\_\_\_\_

Ich spiele gern...

\_\_\_\_\_

Wenn nur...

\_\_\_\_\_

Es ist schön, wenn...

\_\_\_\_\_

In meinem Alter...

\_\_\_\_\_

Die Lehrer sagen...

\_\_\_\_\_

Im Dunkeln...

\_\_\_\_\_



Mädchen sind...

Ich träume in der Nacht...

Verheiratet sein...

Meine Schulaufgaben...

Die Erwachsenen...

Ich hasse...

Als ich noch klein war...

Ich bin froh, dass...

Heimlich...

Andere sagen vielleicht von mir...

Notiere hier, was dir im Leben persönlich wichtig ist:

Wenn ich nur nicht...

Zu Hause...

Mädchen sollten...

Jungs...

Ich kann einfach nicht...

Wenn ich allein bin...

Das Wichtigste ist für mich...

Ich erschrecke, wenn...

Manchmal habe ich gedacht...

Manchmal...



## FRAGEBOGEN J1 + J2

NAME UND VORNAME \_\_\_\_\_

Wenn du mir diese Fragen beantwortest, kann ich dir besser helfen. Deine Antworten bleiben natürlich vertraulich, d.h. sie bleiben mein Geheimnis (Arztgeheimnis). Wenn du gewisse Fragen nicht beantworten willst, ist das o.k. Vielleicht frage ich dich dann danach. Bitte schicke diesen Fragebogen bis spätestens 2 Tage vor der Kontrolluntersuchung in die Praxis. Vielen Dank!

### ERNÄHRUNG

Ernährst du dich normal, d.h. abwechslungsreich und von allem etwas?  ja  nein  
Wenn nein, machst du eine Diät und welche?

\_\_\_\_\_  
Seit wann und mit welchem Ziel?

### GESUNDHEIT

Was würdest du deiner allgemeinen Gesundheit für eine Note geben?  1  2  3  4  5  6

Warst du jemals im Krankenhaus?  ja  nein  
Wenn ja, wo und warum?

\_\_\_\_\_  
Nimmst du zur Zeit Medikamente ein?  ja  nein  
Wenn ja welche und durch welchen Arzt wurden sie verordnet?

\_\_\_\_\_  
Bist du auf gewisse Medikamente allergisch oder verträgst sie schlecht?  ja  nein  
Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_  
Nimmst du zur Zeit Drogen (Alkohol, Tabak, Joints, Heroin, Speed)?  ja  nein  
Wenn ja, welche und wie oft?

\_\_\_\_\_  
Nimmt jemand aus deiner Familie oder aus deinem Freundeskreis Drogen?  ja  nein  
Wenn ja, wer?



## SCHULE

Gehst du gerne zur Schule?  
Wenn nein, warum nicht?

ja  nein

---

Wie sind deine Leistungen in folgenden Fächern (Note)?

Deutsch

1  2  3  4  5  6

Mathematik

1  2  3  4  5  6

Bist du jemals zurückversetzt worden?

ja  nein

Wie viele Tage hast im letzten Jahr in der Schule gefehlt?  
Warum?

\_\_\_\_\_ Tage

## ELTERNHAUS

Gab es in deinen Augen schon größere Krisen in deiner Familie?  
Wenn ja, welche?

ja  nein

---

Fühlst du dich in deiner Familie wohl?  
Wenn nein, warum nicht?

ja  nein

---

Hast du oft Auseinandersetzungen?  
Wenn ja, mit wem vor allem?

ja  nein

---

Kommst du mit deinen Geschwistern gut aus?  
Wenn nein, mit wem und warum nicht?

ja  nein

---

Möchtest du etwas in deinem Verhältnis zu deinen Eltern ändern?  
Wenn ja, was?

ja  nein

## FREUNDE

Hast du gleichaltrige Freunde?  
Wenn nein, warum nicht?

ja  nein

---

Wenn ja, kannst du auf sie zählen?



Was glaubst du, bist du beliebt?  
Wenn nein, warum nicht?

ja  nein

---

Hast du eine enge Freundin oder einen engen Freund?

ja  nein

---

### ZUKUNFT

Hast du Pläne für deine Zukunft?  
Wenn ja, welche?

ja  nein

---

Was möchtest du keinesfalls werden und weshalb nicht?

---

Arbeitest du bereits?  
Wenn ja, was ?

ja  nein

---

### DEINE PERSÖNLICHKEIT

Kommst du gut mit dir zurecht?  
Wenn nein, was stört dich?

ja  nein

---

Was kannst du gut?

---

Was macht dir Mühe?

---

Welche schlechten Gewohnheiten möchtest du ändern?

---

Glaubst du, dass Leute zu viel von dir erwarten?  
Wenn ja, wer?

ja  nein

---

Hast du manchmal über längere Zeit das Gefühl, alles sei sinnlos?  
Hattest du schon Schwierigkeiten mit der Polizei?  
Wenn ja, weshalb?

ja  nein  
 ja  nein



## WEITERE FRAGEN

- Hattest du schon Geschlechtsverkehr?  
Möchtest du mehr darüber wissen?  
Möchtest du mehr über Verhütung wissen?  
Was denkst du über Homosexualität?

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

## FRAGEN NUR FÜR FRAUEN

- Wann hattest du deine erste Blutung?  
Sind deine Perioden regelmäßig?  
Hast du dabei schreckliche Schmerzen?  
Hattest du jemals eine Scheidenentzündung?  
Weißt du, wie du deine Brüste untersuchen kannst?  
Warst du schon mal schwanger?

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

## FRAGEN NUR FÜR MÄNNER

- Weißt du, wie du deine Hoden untersuchen kannst und warum du dies tun solltest?  
Weißt du, wie man ein Kondom gebraucht?  
Gebrauchst du es immer beim Geschlechtsverkehr?  
Wenn nein, warum nicht?

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

## HAST DU FRAGEN ODER BEMERKUNGEN ZU DEN FOLGENDEN THEMEN (BITTE ANKREUZEN)?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gewicht                               | <input type="checkbox"/> Herz                             | <input type="checkbox"/> Blutdruck                  |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen                         | <input type="checkbox"/> Magen / Erbrechen / Verdauung    | <input type="checkbox"/> Schwindel                  |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung / Durchfall               | <input type="checkbox"/> Hautausschläge                   | <input type="checkbox"/> Ohnmacht                   |
| <input type="checkbox"/> Augen / Sehen                         | <input type="checkbox"/> Ohren / Hören                    | <input type="checkbox"/> Bettnässen                 |
| <input type="checkbox"/> häufiges / schmerzhaftes Wasserlassen | <input type="checkbox"/> Arme / Beine / Gelenke / Muskeln | <input type="checkbox"/> Nase / Schnupfen / Riechen |
| <input type="checkbox"/> Geschlechtsorgane                     | <input type="checkbox"/> Mund / Zähne                     | <input type="checkbox"/> Schlafprobleme             |
| <input type="checkbox"/> Rücken / Nacken                       | <input type="checkbox"/> Müdigkeit                        | <input type="checkbox"/> Brust                      |
| <input type="checkbox"/> Vergewaltigung / sexueller Missbrauch | <input type="checkbox"/> Gewalttätigkeit                  | <input type="checkbox"/> Selbstbefriedigung         |
| <input type="checkbox"/> AIDS                                  | <input type="checkbox"/> Kinder haben                     | <input type="checkbox"/> Krebs                      |
| <input type="checkbox"/> Rücken / Nacken                       | <input type="checkbox"/> Müdigkeit                        | <input type="checkbox"/> Brust                      |
| <input type="checkbox"/> Tod                                   |   |   |

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