



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?



FRAGEBOGEN J2

NAME UND VORNAME _____

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

Vielen Dank!

Meine Schulaufgaben...

Die Zukunft...

Unsere Familie...

Die Ausbildung...

Viel Zeit...

Geld...

Arbeiten...

Ich leide...

Meine Mutter...

Es gibt Zeiten...

Kämpfen...

Mein Vater...

Religion...

Am schlimmsten für mich...

Ich bin sehr...

Meine Kindheit...

Selbstmord...

Ich beneide...

In der Nacht...

Mein Aussehen...

Dunkelheit...

Im Dunkeln...



Ich schlafe...

Meine größte Sehnsucht...

Die meisten Männer...

Meine Kleider...

Ich fürchte...

Mein größtes Problem...

Meinen Lebensunterhalt zu verdienen...

Viele meiner Träume...

Heimlich...

Ich verstehe nicht, warum ich...

Ich freue mich...

Ich bedaure...

Ich bin beleidigt...

Niemand...

Kinder...

Meine Gesundheit...

Am meisten stolz bin ich...

Frauen...

Sterben...

Mein größter Ehrgeiz...

Am liebsten...

Meine Gewohnheit...

Ich bemühe mich...

Liebe ist für mich...

Meine Lehrer...

Zu Hause...

Ich denke oft...

Ich schäme mich...



Meine Erziehung...

Die meisten Leute...

Notiere hier, was dir im Leben persönlich wichtig ist:
