

Jugendgesundheits-Check für 12-14jährige

Fragebogen

Name:

Vorname:

geb.:

Datum:

→ **Diese Fragen beantworten bitte Deine Eltern:**

Zur Familie

_____ x-tes Kind von _____

Erkrankungen bei	<input type="radio"/> Geschwistern	<input type="radio"/> Eltern	<input type="radio"/> Großeltern		
Herzerkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Bluthochdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Gelenk- und Knochenerkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Lungenerkrankungen		
Allergien	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Bluterkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Fehlsichtigkeit	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Hörstörung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Tumore	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Fettstoffwechselstörung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Übergewicht	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Seelische Leiden, Anfallsleiden	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Schildrüsenerkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Stoffwechselerkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Diabetes	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Zum Jugendlichen

Vorgeschichte:

Schwangerschaft	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> Probleme:	_____		
Geburt	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> Frühgeburt	<input type="radio"/> Risikogeburt	<input type="radio"/> Probleme:	_____
Entwicklung	<input type="radio"/> normal				
	Probleme:	<input type="radio"/> Kleinkindalter	<input type="radio"/> Kindergarten	<input type="radio"/> Schulalter	
Therapien	<input type="radio"/> Logopädie	<input type="radio"/> Ergotherapie	<input type="radio"/> Psychotherapie	<input type="radio"/> Krankengymnastik	
Behinderungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Welche:	_____	
Operationen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Welche:	_____	
Wesentliche Unfälle	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Welche:	_____	
Schulprobleme	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Welche:	_____	
Gravierende Erkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Welche:	_____	
Krankenhausaufenthalte	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Welche:	_____	



Name:

Vorname:

geb.:

Datum:

→ **Diese Fragen beantwortest Du bitte selbst:**

Leidest Du häufig unter Beschwerden?

Schwindel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Gelenkbeschwerden	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Kopfschmerzen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Bauchschmerzen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Müdigkeit	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Rückenschmerzen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sonstiges?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Was? _____

Hast Du eine Blasenschwäche oder nässt Du ein? Ja Nein
Hast Du oft Durchfall oder Verstopfung? Ja Nein
Hast Du vor etwas eine besondere Angst? Ja Nein

Schulbildung

Besuchst Du die/das
 Hauptschule Realschule Gymnasium Sonstiges: _____
Welche Klasse? _____ Deine Durchschnittsnote? _____

Bist Du versetzungsgefährdet? Ja Nein Schwänzt Du den Unterricht? Ja Nein
Machst Du Hausaufgaben? Ja Nein Hast Du Schulangst? Ja Nein

Deine Lieblingsfächer? _____ Deine Problemfächer? _____

Sport

Kein Sport Vereinsport: _____ Freizeitsport: _____

Hobbies _____

Fühlst Du Dich in Deiner Klasse wohl, hast Du dort Freunde? Ja Nein
Kannst Du Dich an Regeln halten? Ja Nein
Kannst Du großzügig sein? Ja Nein
Hast Du gleichaltrige Freunde? Ja Nein
Gibst Du Dich zu Hause anders als in der Schule? Ja Nein
Bist Du überwiegend ausgeglichen traurig aggressiv
Erledigst Du gestellte Aufgaben genau und pünktlich? Ja Nein
Bist Du mit Deiner körperlichen Entwicklung, Deiner Größe und Gewicht zufrieden? Ja Nein

Menarche (1. Regelblutung) Ja Nein Wann? _____ Stimmbruch? Ja Nein
Handynutzung? Stunden am Tag: _____
Konsolen?/PC-Spiele? Stunden am Tag: _____

Liest Du: Ja Nein Bücher Zeitschriften Comics
Abendliche Beschäftigung: Jugendtreffs Vereine Sonstiges:
Rauchen: Ja Nein Alkohol: Ja Nein Drogenfahrung: Ja Nein
Eßgewohnheiten: Probleme:



Name:

Vorname:

geb.:

Datum:

→ **Satzergänzungen –**
Bitte einfach schreiben, was Du für passend hältst

1. Ich mag gern _____
2. Ich möchte wissen _____
3. Vater _____
4. Ich habe Angst _____
5. Wenn ich älter bin _____
6. Meine Schularbeiten _____
7. Heimlich _____
8. Ich finde es scheußlich _____
9. Manchmal träume ich _____
10. Es ist mir peinlich _____
11. Es tut mir schrecklich leid _____
12. Der/die/das Beste _____
13. Andere Kinder _____
14. Die Lehrer _____
15. Die meisten Jungen _____
16. Im Dunkeln _____
17. Mich ärgert _____



18. Meine Geschwister _____
19. Die Schule _____
20. Die Erwachsenen _____
21. Ich brauche _____
22. Mutter _____
23. Ich kann nicht _____
24. Das einzig Dumme ist _____
25. Die meisten Mädchen _____
26. Hoffentlich _____
27. Meine größte Sorge ist _____

Notiere, was Dir im Leben am Wichtigsten ist:

