

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

Zum Jugendlichen

Vorgeschichte:

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



Name:

Vorname:

geb.:

Datum:

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

Leidest Du häufig unter Beschwerden?

Schwindel ☐ Ja ☐ Nein
Gelenkbeschwerden ☐ Ja ☐ Nein
Kopfschmerzen ☐ Ja ☐ Nein
Bauchschmerzen ☐ Ja ☐ Nein
Müdigkeit ☐ Ja ☐ Nein
Rückenschmerzen ☐ Ja ☐ Nein
Sonstiges? ☐ Ja ☐ 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 Drogenaufnahme: ☐ 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:

