

J2 Fragebogen für Jugendliche

Name: _____ geb. _____ Alter : _____

Datum: _____



Zur Vorbereitung deiner J2 bitten wir dich um einige Auskünfte. Deine Antworten bleiben vertraulich, d.h. sie werden an niemanden weitergegeben. Wenn du bestimmte Fragen nicht beantworten möchtest, ist das o.k. Bitte setze nur ein Kreuz pro Zeile und in die Kreise.

Gibt es in der Familie jemanden mit:	ja	nein	wer/was?
- einem Herzinfarkt/Schlaganfall im Alter von unter 40 Jahren?	☐	☐	_____
- einer Fettstoffwechselerkrankung (z.B. Hypercholesterinämie)?	☐	☐	_____
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?	☐	☐	_____
- einer Krebserkrankung?	☐	☐	_____
Wurdest du schon einmal operiert?	☐	☐	_____
Warst du in den letzten 2-3 Jahren (seit der J1) länger im Krankenhaus?	☐	☐	_____
Leidest du an einer chronischen Erkrankung?	☐	☐	_____
Nimmst du Kind regelmäßig Medikamente ein?	☐	☐	_____
Hast du Allergien?	☐	☐	_____
Hast du Kreislaufprobleme?	☐	☐	_____
Hast du öfter:			
- Luftnot?	☐	☐	_____
- Schmerzen (z.B. Bauch/Kopf/Rücken/Brust)?	☐	☐	_____
- sonstige Beschwerden	☐	☐	_____
Bei Mädchen: Ist deine Regelblutung unregelmäßig?	☐	☐	
Hast du Schmerzen/sehr starke oder lange Blutungen?	☐	☐	

Hast du Fragen oder Bemerkungen zu folgenden Themen?

	ja	nein
Gewicht	☐	☐
Verdauung (Magen, Darm, Erbrechen, Verstopfung/Durchfall)	☐	☐
Kreislauf (Schwindel, Ohnmacht, Herz, Blutdruck)	☐	☐
Arme, Beine, Gelenke, Muskeln, Rücken, Nacken (Bewegung, Schmerz)	☐	☐
Ohren, Hören	☐	☐
Augen, Sehen	☐	☐
Geschlechtsorgane	☐	☐
Verhütung	☐	☐
AIDS, Geschlechtskrankheiten	☐	☐
Tod	☐	☐
Drogen (Alkohol, Nikotin, andere)	☐	☐
Computerspiele, Surfen, chatten (wann ist es zuviel?)	☐	☐
Kopfschmerzen	☐	☐
Hautausschläge	☐	☐
Bettnässen	☐	☐
Mund, Zähne	☐	☐
Müdigkeit, Schlafprobleme	☐	☐
Gewalttätigkeit	☐	☐
Ernährung (Essfehlverhalten)	☐	☐
Etwas anderes? _____	☐	☐

J2 Fragebogen für Jugendliche

Name: _____ geb. _____ Alter : _____

Datum: _____



Wenn du mir jetzt noch folgende Fragen beantworten würdest, wäre dies mir eine große Hilfe:

	ja	nein
Machst du bereits eine Ausbildung?	☐	☐
Gibt es Probleme in der Schule oder am Ausbildungsplatz?	☐	☐
Gibt es jemanden, mit dem du große Probleme hast?	☐	☐
Gibt es etwas, was du bei dir ändern möchtest?	☐	☐
Hast du vor etwas/jemandem Angst?	☐	☐
Bist du oft traurig?	☐	☐
Rauchst du?	☐	☐
Trinkst du Alkohol?	☐	☐
Hast du Erfahrungen mit anderen Drogen?	☐	☐
Langweilst du dich oft?	☐	☐
Ist das Internet ein Problem für dich?	☐	☐
Fühlst du dich wohl?	☐	☐
Bist du mit deiner Ernährung zufrieden, bzw. ernährst du dich gesund?	☐	☐
Isst und trinkst du regelmäßig (Frühstück, Mittag, Abendessen)?	☐	☐
Musst du dich nach dem Essen oft übergeben?	☐	☐
Fühlst du dich wohl in deiner Familie?	☐	☐
Siehst du Probleme bei deinen Eltern?	☐	☐
Hast du Freunde oder Freundinnen?	☐	☐
Kannst du gut schlafen?	☐	☐
Hast du Hobbys?	☐	☐
Treibst du Sport?	☐	☐
Spielst du ein Musikinstrument oder singst du?	☐	☐
Bist du oft vorm Fernseher, Playstation, Computer, Handy?	☐	☐
Auf wie viele Stunden schätzt du deine durchschnittliche „Bildschirmzeit“ pro Tag? _____		

Welche Schule besuchst du?

Wenn du 3 Wünsche frei hättest, was würdest du dir wünschen?

Was würdest du deiner allgemeinen Gesundheit für eine Note geben (1 sehr gut – 6 sehr schlecht)?

Was kannst du gut?

Was hast du für Hobbys?

Was macht dir Schwierigkeiten?

Was macht dir Sorgen?

Worüber könntest du dich richtig aufregen?

Was machst du am liebsten?

Vielen Dank für deine Mühe!