

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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
- einer Fettstoffwechselerkrankung (z.B. Hypercholesterinämie)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
- einer Krebserkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Wurdest du schon einmal operiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Warst du in den letzten 2-3 Jahren (seit der J1) länger im Krankenhaus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Leidest du an einer chronischen Erkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Nimmst du Kind regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Hast du Allergien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Hast du Kreislaufprobleme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Hast du öfter:			
- Luftnot?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
- Schmerzen (z.B. Bauch/Kopf/Rücken/Brust)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
- sonstige Beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Bei Mädchen: Ist deine Regelblutung unregelmäßig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hast du Schmerzen/sehr starke oder lange Blutungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Hast du Fragen oder Bemerkungen zu folgenden Themen?

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

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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gibt es Probleme in der Schule oder am Ausbildungsplatz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gibt es jemanden, mit dem du große Probleme hast?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gibt es etwas, was du bei dir ändern möchtest?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hast du vor etwas/jemandem Angst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bist du oft traurig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rauchst du?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trinkst du Alkohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hast du Erfahrungen mit anderen Drogen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Langweilst du dich oft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist das Internet ein Problem für dich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fühlst du dich wohl?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bist du mit deiner Ernährung zufrieden, bzw. ernährst du dich gesund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Isst und trinkst du regelmäßig (Frühstück, Mittag, Abendessen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Musst du dich nach dem Essen oft übergeben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fühlst du dich wohl in deiner Familie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siehst du Probleme bei deinen Eltern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hast du Freunde oder Freundinnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kannst du gut schlafen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hast du Hobbys?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treibst du Sport?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spielst du ein Musikinstrument oder singst du?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bist du oft vorm Fernseher, Playstation, Computer, Handy?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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!



Was Jugendliche brauchen – darauf solltest du achten!

Paed.Check J2



„Coole Durstlöcher!“

Süße Säfte und Fertiggetränke sind meist randvoll mit unnötigen Kalorien. Das gilt auch für alkoholische Getränke. Wenn du beim Trinken Kalorien sparen möchtest, fährst du mit Wasser am besten.



„Volle Kraft voraus!“

Nutze möglichst viele Gelegenheiten, um dich zu bewegen: Zu Fuß zur Schule gehen, mit dem Rad zu Freunden fahren oder ein Sport, der dir Spaß macht – das macht Muckis und ist gut gegen Stress. 90 Minuten am Tag oder mehr sind prima.



„Der Klügere trägt Helm!“

Einen Helm beim Radfahren zu tragen oder Protektoren beim Hockey oder Fußball ist nicht peinlich, sondern schlau. Das gilt auch für das Eincremen bei Sonne. Denn nichts ist uncooler als ein Sonnenbrand!



„Gesund sein ist angesagt!“

Wer auf seine Gesundheit achtet, kommt bei anderen besser an. Es lohnt sich deshalb, regelmäßig die Zähne zu putzen, nicht zu rauchen und seine Ohren nicht mit unnötigem Krach zu quälen.



„Zeig, was du drauf hast!“

Zu Hause gibt es oft Zoff wegen Kleinigkeiten im Haushalt. Du kannst für gute Stimmung sorgen, indem du mit anpackst: beim Einkaufen, Putzen oder beim Kochen für die Familie.



„Zudröhnen bringt's nicht!“

Wenn's mal schlecht läuft, lenken Rauchen, Alkohol, Kiffen oder Glücksspiele ab. Aber nur für den Moment. Eine echte Hilfe bei größeren Sorgen sind Menschen, die dir wirklich zuhören.



„Noch Fragen?“

Sex ist spannend und macht Spaß – wenn man gut Bescheid weiß, umso mehr. Informationen zu Sex findest du auch unter www.bzga.de.

Anmerkungen:

J2 Empfehlenswerte Web-Seiten:

Allgemeines:

www.kinderaerzte-im-netz.de/altersgruppen/jugendliche

Bildschirmmedien:

www.klicksafe.de

www.ins-netz-gehen.de

Alkohol/Nikotin/Drogen:

www.kenn-dein-limit.info

www.rauch-frei.info

www.drugcom.de

Ernährung:

www.bzfe.de

www.bzga-essstoerungen.de

www.uebergewicht-vorbeugen.de

Zittau – Kinderschutzbund: Sorgentelefon, Jugendcafe

www.kinderschutzbund-zittau.de