

**Wir haben viele Fragen an Dich –
Du musst aber nur das beantworten, was Du willst.**

Fragen für:

am

(Datum)

Nein Ja**Hast Du Fragen zu Deiner Gesundheit?****Welche?****Hast Du Probleme mit dem Hören oder Sehen?****Was sind Deine Lieblingsfächer in der Schule?****Was hast Du für eine Note in Sport?****Und in Kunst?****Gibt es für Dich Probleme in der Schule?****Welche?****Hast Du Hobbys?****Welche?****Weißt Du schon, was Du mal werden willst?****Bist Du in einem Sportverein?****Sportart:****Bewegst Du Dich täglich mehr als eine Stunde (einschließlich Schulweg etc.)?****Mehr als drei Stunden?****Nutzt Du TV/PC/Tablet/Smartphone täglich mehr als eine Stunde?****Mehr als drei Stunden?****Mehr als sechs Stunden?****Wie oft und wie viel Alkohol trinkst Du?****Rauchst Du?****Hast Du schon mal Drogen probiert?****Für Mädchen: Wann hattest Du Deine erste Regel?****Für Jungen: Wann hattest Du Deinen ersten Samenerguss?****Hast Du Fragen zu Sexualität/Verhütung/Schutz vor Aids?****Hast Du andere Fragen an uns?**

Hier haben wir noch mehr Fragen an Dich. Du entscheidest, was Du beantworten willst und was nicht. Es geht bei den Fragen um Beschwerden oder Probleme, die in den letzten sechs Monaten aufgetreten sind; alles, was länger her ist als sechs Monate, brauchst Du nicht anzugeben. Falls Du zurzeit Medikamente bekommst, antworte bitte so, wie Du Dich verhältst, wenn Du keine Medikamente einnimmst.

Name:	Geburtsdatum:	
Ich ...		
	Stimmt nicht	Stimmt
1. habe Migräne	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. musste wegen Kopfschmerzen zum Arzt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. leide unter asthmatischen Beschwerden oder einer chronischen Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. mache mir viele Sorgen über meine Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. habe manchmal nervöse Zuckungen (z. B. Blinzel-, Zwinker-, Räuspertic)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. kann schlecht einschlafen (d. h., liege mehr als eine Stunde wach)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. wache häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen (liege mindestens eine Stunde wach)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. muss bei starker Aufregung stottern	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. habe mehr als einmal im letzten halben Jahr ins Bett gemacht	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. habe mehr als einmal im letzten halben Jahr eingekotet	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. habe meistens nur wenig Appetit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12. bin sehr wählerisch beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13. habe ständig Angst, dick zu werden	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14. habe aufgrund meines Essverhaltens mindestens 7 kg abgenommen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15. habe mindestens 10 kg Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16. werde manchmal wegen meines Übergewichtes geärgert	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17. habe mit meinen Eltern oft Streit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18. mache, was ich will, auch wenn meine Eltern anderer Ansicht sind	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19. wurde wegen meines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, von einem Ausflug oder einer Klassenfahrt ausgeschlossen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
20. schwänze manchmal die Schule	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
21. habe starke Angst davor, zur Schule zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
22. streite mich fast jeden Tag mit meinen Geschwistern ...	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
23. habe dabei auch ernsthafte Verletzungen, Quälereien oder Drohungen erfahren	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
24. werde von anderen Jugendlichen häufig geärgert, gehänselt, geprügelt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
25. habe Angst vor anderen Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
26. habe überhaupt keinen Kontakt zu anderen Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
27. prügle mich manchmal mit anderen Kindern oder Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Ich ...

		Stimmt nicht	Stimmt
28.	wechsle häufig meine Freunde	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
29.	bin in der Schule leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
30.	bin bei den Hausaufgaben sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
31.	bin bei Regelspielen (Karten- oder Brettspiele) sehr ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
32.	bin in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
33.	bin bei den Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
34.	bin bei Regelspielen (Karten- oder Brettspiele) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
35.	bin im Straßenverkehr oft unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
36.	bin beim Spielen oft vorschnell, unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
37.	bin beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause oft sehr unüberlegt und vorschnell	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
38.	habe fast täglich einen Wutanfall	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
39.	bin ängstlich, mache mir viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z. B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
40.	werde dann manchmal vor lauter Aufregung „krank“	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
41.	habe panische Angst vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
42.	habe panische Angst, allein zu Hause zu bleiben	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
43.	habe panische Angst vor fremden Menschen (z. B. bei einer Einladung)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
44.	habe panische Angst vor Blitz, Donner oder Dunkelheit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
45.	habe panische Angst vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
46.	bin schon fast übertrieben ordentlich	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
47.	wasche mir oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
48.	kontrolliere bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach (z. B. ob Türen oder Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
49.	kauje oder reiße so stark die Fingernägel, dass es häufiger zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise freiliegt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
50.	bin mindestens einmal pro Woche für mindestens drei Stunden traurig oder niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
51.	Diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
52.	bin nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn ich traurig bin	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
53.	war schon einmal mindestens zwei Wochen am Stück traurig oder niedergeschlagen ...	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
54.	habe schon einmal ernsthaft daran gedacht, mich umzubringen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
55.	rauche mindestens eine Schachtel Zigaretten pro Woche	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
56.	trinke mehrmals pro Woche Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
57.	bin mehrmals pro Monat angetrunken	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
58.	habe zu Hause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvollereres (Wert größer 30 €) gestohlen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
59.	habe schon mindestens fünfmal wertvollere Dinge entwendet	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
60.	habe schon einmal mit Absicht Dinge, die mir nicht gehören, zerstört oder beschädigt...	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
61.	habe dabei einen Schaden von mindestens 30 € verursacht	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
62.	bin schon von zu Hause weggelaufen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
63.	habe folgende, oben nicht genannte Probleme: Bitte zusätzliches Blatt benutzen!		