



Name des Jugendlichen: _____ Geburtsdatum: _____

Fragebogen für die J1

Teil: Jugendlicher

		Ja	Nein	Geht so
Schule				
Welche Schule besuchst du? _____ Klasse: _____				
1	Bist du mit der Schule/ den Lehrern/ deinen Leistungen zufrieden?			
2	Fühlst du dich in deiner Schule und deiner Klasse wohl?			
3	Gibt es Probleme in deiner Schule? Wenn ja, welche? _____			-----
Familie & Freunde				
4	Kommst du gut klar mit: Deinen Eltern?			
5	Deinen Geschwistern?			
6	Kannst du mit deinen Eltern über Probleme reden?			
7	Hast du Freunde in deinem Alter?			-----

8	Kannst du mit deinen Freunden über Probleme reden?					
Gesundheit						
9	Fühlst du dich gesund?					
10	Hast du in letzter Zeit körperliche Beschwerden? Wenn ja welche? _____			-----		
11	Sind Erkrankungen oder Allergien bei dir bekannt? Wenn ja, welche? _____			-----		
12	Hast du Schwierigkeiten beim Einschlafen/ Durchschlafen?			-----		
13	Warum geht es dir nicht gut? _____					
14	Nimmst du regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____			-----		
15	Hast du Ängste? Wenn ja, welche? _____			-----		
16	Betreibst du neben dem Schulsport Sport? Wenn ja, welchen? _____			-----		
Deine Einschätzung						
17	Bist du eher...	fröhlich	traurig	ruhig	ausgelassen	aggressiv
18	Wie zufrieden bist du mit einem Leben?			zufrieden	Geht so	unzufrieden
19	Deine Einschätzung zu Suchtmitteln (falls du etwas dazu sagen möchtest) Zigaretten:			Nein danke	Ich rauche selbst	Freund rauchen, Dein Kommentar:

20	Alkohol:	Nein danke	Hin und wieder	Häufig, Dein Kommentar:		
21	Drogen:	Nein danke	Schon probiert	Freunde probieren, Dein Kommentar:		
22	Womit Verbringst du den größten Teil deiner Freizeit? Hobbys, welche _____					
23	Freunde	Familie	Computerspielen/ chatten	Fernsehen	Rumhängen, relaxen, chillen	Anderes
24	Wie zufrieden bist du mit deiner Körperlichen Entwicklung, deiner Größe, deinem Gewicht?	Zufrieden	Geht so	Unzufrieden – wieso? _____ _____ _____		
Fragen an deine Ärztin						
Markiere die Themen, über die du mit mir sprechen möchtest. Das Gespräch mit dir unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht						
<ul style="list-style-type: none"> ○ Fragen zu deiner Gesundheit, zu bestimmten Beschwerden ○ Fragen zu Medikamenten, Alkohol, Drogen, Rauchen od. Sucht ○ Fragen zu anstehenden Impfungen (bei Mädchen z.B. Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs) ○ Ernährungsfragen, -tipps ○ Sorgen, Ängste, Stimmungsschwankungen, die dich belasten ○ Probleme in der Schule, im Freundeskreis, in der Familie ○ Fragen zur körperlichen Entwicklung, Pubertät, Aufklärung, Sexualität, Verhütung 						

Zutreffendes bitte Ankreuzen

Name des Jugendlichen: _____ Geburtsdatum: _____

Fragebogen für die J1

Teil: Eltern

Familie			
Hat Ihr Kind Geschwister? Wie viele? _____			
		Ja	Nein
1	Liegt eine besondere familiäre Situation vor? Eltern getrennt?		
2	Elternteil verstorben?		
3	Elternteil alleinerziehend? <ul style="list-style-type: none"> ○ Kind lebt bei der Mutter ○ Kind lebt beim Vater 		
4	Hat ihre Tochter/ Ihr Sohn ein eigenes Zimmer?		
5	Gibt es häufig Anlass zu Auseinandersetzungen? Wenn ja, welchen Anlass? _____		
6	Wie schätzen Sie das Vertrauensverhältnis zu Ihrer Tochter/ ihrem Sohn ein? _____ (Skala von 1 – 6, 1 = starkes Vertrauen, 6 = geringes Vertrauen)		
7	Rauchen Sie? Mutter:		
	Vater:		
Gesundheit des Jugendlichen			

8	Sind im Verlauf der Entwicklung Probleme aufgetreten? <ul style="list-style-type: none"> ○ Kleinkindalter ○ Kindergartenalter ○ Schulzeit Wenn ja, welche? <hr/>			
9	Liegen bekannte Erkrankungen/ Behinderungen vor? <ul style="list-style-type: none"> ○ Beim Kind ○ Bei den Eltern ○ Bei den Geschwistern ○ Bei den Großeltern Wenn ja, welche? <hr/>			
10	Gab es bei Ihrem Kind bisher Operationen? Wenn ja, welche?			
11	Nimmt Ihre Tochter/ Ihr Sohn regelmäßig Medikamente ein? Folgende: <hr/>			
12	Wurden bei Ihrem Kind alle erforderlichen Infos durchgeführt? Bitte unbedingt Impfausweis mitbringen!	Ja	Nein	Nicht bekannt

Verhaltensauffälligkeiten

		Ja	Nein	Kommentar
13	Bei der Sprache			
14	Bei der seelischen Entwicklung			
15	Im Umgang mit Anderen			
16	Schwierigkeiten in der Schule			
17	Störungen/Schwierigkeiten beim Lernen, Konzentrationsstörungen			
18	Schlafstörungen			
19	Essstörungen, Gewichtsprobleme			

20	Angstzustände			
21	Seh- und/ oder Hörbehinderungen			
22	Probleme mit Suchtmitteln (Alkohol, Rauchen, Drogen)			
Allgemeine Entwicklung				
		Nein	Ja, Folgende:	
23	Hat Ihre Tochter/ Ihr Sohn besondere Talente/ Interessen?			
24	Hat Ihre Tochter/ Ihr Sohn Hobbys?			
25	Ist Ihre Tochter/ Ihr Sohn sportlich aktiv?			
26	Hat Ihre Tochter/ Ihr Sohn gleichaltrige Freunde	Ja	Nein	
27	Sind Sie mit der Entwicklung Ihrer Tochter/ Ihres Sohnes zufrieden? _____ (Skala von 1 – 6, 1 = Sehr, 6 = Überhaupt nicht)			
28	Sind Sie mit dem schulischen Werdegang Ihrer Tochter/ Ihres Sohnes zufrieden? _____ (Skala von 1 – 6, 1 = Sehr, 6 = Überhaupt nicht)			
29	Welche Fragen würden Sie gerne mit uns besprechen?			

Zutreffendes bitte Ankreuzen