

Fragebogen für Jugendliche zur J1 und J2			
Name:			
Geburtsdatum:			
Wir haben ein paar Fragen an Dich - Du musst aber nur das beantworten, was Du willst			
	Hast du Fragen zu Deiner Gesundheit?	Nein []	Ja []
	Wenn ja: welche? ...		
	Hast Du Probleme mit dem Hören oder Sehen?	Nein []	Ja []
	Was sind Deine Lieblingsfächer in der Schule? ...		
	Was hast Du für eine Note in Sport? ... Und in Kunst?		
	Gibt es für Dich manchmal Probleme in der Schule?	Nein []	Ja []
	Welche? ...		
	Weißt Du schon, was du mal werden willst? ...		
	Bist Du im Sportverein?	Ja []	Nein []
	Sportart: ...		
	Bewegst Du dich täglich mehr als eine Stunde? (einschließlich Schulweg etc.)	Ja []	Nein []
	Schaffst du täglich 12.000 Schritte (sieh auf dem Smartphone nach!)	Ja []	Nein []
	Nutzt Du TV/PC/Tablet/Smartphone täglich mehr als 2 Stunden?	Nein []	Ja []
	Hast Du Hobbys?	Ja []	Nein []
	Welche? ...		
	Nimmst Du Drogen?	Nein []	Ja []
	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?	Nein []	Ja []
	Wenn ja: welche? ...		
	Hast Du andere Fragen an uns?	Nein []	Ja []
	Wenn ja: welche? ...		

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

Name:		Geburtsdatum:	
Ich ...		Stimmt nicht	Stimmt
31.	bin bei Regelspielen (Karten-/Brettspiele) sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	bin in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	bin bei den Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	bin bei Regelspielen (Karten-/Brettspiele) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	bin im Straßenverkehr sehr unüberlegt, vorschnell, unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	bin beim Spielen sehr unüberlegt, vorschnell, unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	bin beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause sehr unüberlegt und vorschnell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	habe fast täglich einen Wutanfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.	bin ängstlich, mache mir viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z. B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	werde dann manchmal vor lauter Aufregung „krank“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	habe panische Angst vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.	habe panische Angst allein zu Hause zu bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.	habe panische Angst vor fremden Menschen (z. B. bei einer Einladung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44.	habe panische Angst vor Blitz, Donner oder Dunkelheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45.	habe panische Angst vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46.	bin schon fast übertrieben ordentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47.	wasche mir oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind	<input type="checkbox"/>	<input 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 type="checkbox"/>
49.	kaue oder reisse so stark die Fingernägel, dass es häufiger zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise freiliegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.	ist mind. einmal pro Woche für mind. drei Stunden traurig oder niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51.	wobei diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis steht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52.	bin nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn es traurig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53.	war schon einmal mindestens 2 Wochen am Stück traurig oder niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54.	habe schon einmal ernsthaft daran gedacht mich umzubringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55.	rauche mindestens eine Schachtel Zigaretten pro Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56.	trinke mehrmals pro Woche Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57.	bin mehrmals pro Monat angetrunken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58.	habe zu Hause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolleres (Wert größer 30 €) gestohlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59.	habe schon mind. fünfmal weniger wertvolle Dinge entwendet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.	habe schon einmal mit Absicht Dinge, die mir nicht gehören, zerstört/beschädigt...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61.	habe damit einen Schaden von mind. 30 € verursacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62.	bin schon von zu Hause weggelaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63.	habe folgende, oben nicht genannte, Probleme ...		

