

**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**

	<b>Hast du Fragen zu Deiner Gesundheit?</b>	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? ...		
	<b>Hast Du andere Fragen an uns?</b>	Nein [ ]	Ja [ ]
	Wenn ja: welche? ...		

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

