



FRAGEBOGEN J2

Fragebogen für Jugendliche zur J2 - in Anlehnung an Mannheimer Jugendfragebogen - MJF

**Name:**  **Datum:**

**Geburtsdatum:**

Der J2 Gesundheitscheck ist die letzte Vorsorgeuntersuchung vor der Volljährigkeit. Dabei möchten wir uns Zeit nehmen, um durch eine körperliche Untersuchung, Hörtest, Sehtest, Urinuntersuchung evtl. auch Blutuntersuchungen deine Entwicklung und Gesundheit zu überprüfen.

Die Früherkennung von Erkrankungen gelingt besonders gut, wenn wir Ärzte gut über Deine Vorerkrankungen und Erkrankungen Deiner Familie informiert sind. Deshalb bitten wir Dich, diesen Fragebogen zu bearbeiten.

**Bitte bring den ausgefüllten Fragebogen zur Untersuchung mit oder sende diesen an [post@kinderarztpraxis-angelsteg.de](mailto:post@kinderarztpraxis-angelsteg.de).**

**Schule**

Welche Schule besuchst du?  Klasse:

Bist du mit der Schule / den Lehrern / deinen Leistungen zufrieden?  ja  nein Wenn nein, weshalb nicht?

Fühlst du dich in der Schule und in deiner Klasse wohl?  ja  nein Wenn nein, weshalb nicht?

Gibt es Probleme in der Schule?  nein  ja Wenn ja, weshalb?

Hast du einen Berufswunsch?  nein  ja Wenn ja, welchen?

**Familie**

Verstehst Du Dich gut mit: Wenn nein, möchtest du darüber sprechen?

- deinen Eltern?  ja  nein
- deinen Geschwistern?  ja  nein

Kannst du mit deinen Eltern über Probleme reden?  ja  nein  selten



## Freunde

- Hast du Freunde in deinem Alter?  ja  nein
- Triffst Du Dich mit den Freunden außerhalb der Schule ?  ja  nein
- Kannst du mit deinen Freunden über Probleme reden?  ja  nein  selten

## Freizeit

- Hast Du besondere Talente/ Interessen/ Hobbies ?  ja  nein Wenn ja welche?
- Betreibst du regelmäßig Sport neben dem Schulsport?  ja  nein Wenn ja welche Sportart?
- Wie viel Zeit verbringst Du mit elektronischen Medien (Handy/PC/ Filme/Spiele/soziale Netzwerke)?  < 1 Std./Tag  1 - 3 Std./Tag  > 3 Std. / Tag

## Gesundheit

- Fühlst du dich gesund?  ja  nein Wenn nein, warum geht es dir nicht gut?
- Hast du regelmäßig bestimmte Beschwerden?  nein  ja Wenn ja welche?
- Hast Du bestimmte Essgewohnheiten (z.B. vegetarisch, Unverträglichkeiten?)  nein  ja Wenn ja welche?
- Nimmst du regelmäßig Medikamente?  nein  ja Wenn ja welche?
- Sind Erkrankungen oder Allergien bei dir bekannt?  nein  ja Wenn ja welche?
- Hast du Probleme beim Stuhlgang oder beim Wasser lassen?  nein  ja Wenn ja welche?
- Bei Mädchen:
- Hattest Du schon Deine Regelblutung?  ja  nein Wenn ja, in welchem Jahr?
- Blutung  regelmäßig alle  Tage  
 unregelmäßig
- Warst du bereits beim Frauenarzt?  ja  nein Nimmst du die Pille?  ja  nein
- Bei Jungen:
- Hattest Du schon Deinen Stimmbruch?  ja  nein Wenn ja wann?
- Hast du Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen?  nein  ja Wenn ja welche?
- Wie viele Stunden schläfst du täglich? Mo - Fr:  Stunden Sa/So:  Stunden



## Deine Einschätzung

Bist du eher  fröhlich  traurig  ruhig  ausgelassen  aggressiv

Wie zufrieden bist du mit deinem Leben?  zufrieden  geht so  unzufrieden

Deine Einschätzung zu Suchtmitteln:

• Zigaretten  nein Danke  ich rauche selbst  Freunde rauchen  
Ca.  Zigaretten täglich

• Alkohol  nein Danke  hin und wieder  häufig  
Wenn ja  Wein  Sonstiges  
was?  Bier

• Drogen  nein Danke  schon probiert  Freunde probieren

Womit verbringst du den größten Teil deiner Freizeit?

Freunde

Familie

Hobbys, wenn ja welche?

Computer spielen, chatten

Fernsehen

Rumhängen, relaxen, chillen

anderes

Wie zufrieden bist du mit deiner körperlichen Entwicklung, deiner Größe, deinem Gewicht?

zufrieden

geht so

unzufrieden

Falls unzufrieden warum?

Die nun folgenden Fragen beziehen sich auf den Zeitraum der letzten 6 Monate.

## Mannheimer Fragebogen MEF J2

Stimmt

Stimmt nicht

Ich ...

... habe Migräne.



... musste wegen Kopfschmerzen zum Arzt.



... leide unter asthmatischen Beschwerden oder einer chronischen Bronchitis.



... mache mir viele Sorgen über meine Gesundheit.



... habe manchmal nervöse Zuckungen (Blinzel-Tic, Zwinker-Tic).



... kann schlecht einschlafen (liege mehr als eine Stunde wach).



... wache häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen.



... muss bei starker Aufregung stottern.



... habe mehr als einmal im letzten ½ Jahr ins Bett gemacht.



... habe mehr als einmal im letzten ½ Jahr eingekotet.




Ich...

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ... habe meistens nur wenig Appetit.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bin sehr wählerisch beim Essen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... habe ständig Angst, dick zu werden.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... habe aufgrund meines Essverhaltens mindestens 7kg abgenommen und bin untergewichtig.                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... habe mindestens 10 kg Übergewicht.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... werde manchmal wegen meines Übergewichtes geärgert.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... habe mit meinen Eltern oft Streit.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... mache, was ich will, auch wenn meine Eltern anderer Ansicht sind.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wurde wegen meines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, einem Ausflug oder Landheimaufenthalt ausgeschlossen.     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... schwänze manchmal die Schule.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... habe starke Angst davor zur Schule zu gehen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... streite mich fast jeden Tag mit meinem Geschwistern.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dabei kommt es auch zu ernsthaften Verletzungen, Quälereien oder Drohungen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... werde von anderen Jugendlichen häufig geärgert, gehänselt, geprügelt  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... habe Angst vor anderen Jugendlichen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... habe überhaupt keinen Kontakt zu anderen Jugendlichen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... prügte mich manchmal mit anderen Jugendlichen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wechsele häufig meine Freunde   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bin in der Schule leicht ablenkbar und unkonzentriert   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bin bei den Hausaufgaben sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bin bei Spielen (Karten- oder Brettspiele) sehr ablenkbar und unkonzentriert  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bin in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bin bei den Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bin im Straßenverkehr oft unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bin beim Lösen von Aufgaben oft sehr unüberlegt und vorschnell  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... habe fast täglich einen Wutanfall   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bin ängstlich, mache mir viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben)         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... werde dann manchmal vor lauter Aufregung „krank“  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... habe panische Angst vor...  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... allein zuhause zu bleiben   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... vor fremden Menschen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... vor Blitz, Donner oder Dunkelheit   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bin schon fast übertrieben ordentlich   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wasche mir oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... kontrolliere bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach (z.B Fenster verschlossen usw...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Ich...

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ... kaue oder reiße so stark die Fingernägel, dass es häufiger zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise frei liegt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bin mindestens einmal pro Woche für mindestens drei Stunden traurig oder niedergeschlagen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bin nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn ich traurig bin  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... war schon einmal mindestens 2 Wochen am Stück traurig / niedergeschlagen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... habe schon einmal ernsthaft daran gedacht mich umzubringen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... rauche mindestens eine Schachtel Zigaretten pro Woche  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... trinke mehrmals pro Woche Alkohol  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bin mehrmals pro Monat angetrunken   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... habe zu Hause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolleres (Wert > 30 €) gestohlen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... habe schon mindestens fünfmal wertvolle Dinge entwendet  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... habe schon einmal mit Absicht Dinge, die mir nicht gehören, zerstört oder beschädigt   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dabei ist ein Schaden von mindestens 30 Euro entstanden  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bin schon von zu Hause weggelaufen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... habe folgende oben nicht genannte Probleme:  |                          |                          |

**Fragen an deine Ärztin - Markiere Themen, über die du sprechen möchtest!**

- Fragen zu Gesundheit und bestimmten Beschwerden
- Fragen zu Medikamenten, Alkohol, Drogen, Rauchen und Sucht
- Ernährungsfragen, -tipps
- Fragen zu anstehenden Impfungen
- Sorgen, Ängste, Stimmungsschwankungen
- Fragen zur körperlichen Entwicklung, Pubertät, Aufklärung, Sexualität, Verhütung

Vielen Dank für Deine Mitarbeit!



**Übrigens: Das Gespräch mit dir unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht!**

