# J2 – Vorsorgeuntersuchung

*Fragebogen für Jugendliche – Seite 1*

MediKids
ZENTRUM FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

| Nachname | Vorname | Geburtsdatum | Aktuelles Datum |
|---|---|---|---|
| | | | |

***Bitte diesen Fragebogen vor unserem Termin ausfüllen! Wir möchten uns sehr gründlich auf unser gemeinsames Gespräch vorbereiten und auch dann genügend Zeit haben, um anfallende Fragen zu besprechen.***

***Wenn Du mir diese Fragen beantwortest, kann ich Dir besser helfen. Deine Antworten bleiben natürlich vertraulich, das heißt, sie bleiben mein Geheimnis (Arztgeheimnis).***
***Bringe diesen ausgefüllten Fragebogen bitte in einem verschlossenen Umschlag mit.***
***Wenn Du gewisse Fragen nicht beantworten willst, ist das in Ordnung. Vielleicht frage ich Dich dann danach.***

## Ernährung

Ernährst Du Dich normal, das heißt abwechslungsreich … und von allem etwas? ☐ Ja ☐ Nein ☐ geht so

Wenn nein, machst Du eine Diät und welche? Seit wann und mit welchem Ziel?

_____

_____

_____

## Schule

Welche Schule besuchst Du und welche Klasse?

_____

_____

Bist Du mit der Schule und Deinen Leistungen zufrieden? ☐ Ja ☐ Nein ☐ geht so

Fühlst Du Dich in der Schule und in Deiner Klasse wohl? ☐ Ja ☐ Nein ☐ geht so

Gehst Du gerne zur Schule? ☐ Ja ☐ Nein ☐ geht so

Wenn nein, warum nicht?

_____

_____

| Wie sind Deine Leistungen in… | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Deutsch | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | ☐ 6 |
| | Mathematik | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | ☐ 6 |
| | Biologie | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | ☐ 6 |
| | Physik | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | ☐ 6 |
| | Chemie | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | ☐ 6 |
| | Sprachen | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | ☐ 6 |

Wann und wo und machst Du Deine Hausaufgaben?

_____

Wieviel Zeit nimmst Du Dir dafür?

_____

Hast Du die Klassenstufe jemals wiederholt?

_____

Wieviel Tage hast Du in diesem Schuljahr gefehlt?

_____

Wenn ja, warum?

_____

# J2 – Vorsorgeuntersuchung

*Fragebogen für Jugendliche – Seite 2*

MediKids
ZENTRUM FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

| Nachname | Vorname | Fragebogen vom |
|---|---|---|
| | | |

## Familie

Fühlst Du Dich in Deiner Familie wohl? ☐ Ja ☐ Nein ☐ geht so

Wenn nein, warum nicht? _____

_____

Kommst Du gut mit Deinen Eltern aus? ☐ Ja ☐ Nein ☐ geht so

Wenn nein, mit wem und warum nicht? _____

_____

Kommst Du gut mit Deinen Geschwistern aus? ☐ Ja ☐ Nein ☐ geht so ☐ habe keine

Wenn nein, mit wem und warum nicht? _____

_____

Hast Du oft Auseinandersetzungen? ☐ Ja ☐ Nein ☐ manchmal

Wenn ja, welche? _____

_____

Gab es in Deinen Augen schon größere Krisen in Deiner Familie? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

_____

Kannst Du mit Deinen Eltern über Probleme reden? ☐ Ja ☐ Nein ☐ geht so

Möchtest Du etwas an Deinem Verhalten zu Deinen Eltern ändern? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, was? _____

_____

## Freunde

Hast Du gleichaltrige Freunde? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn nein, warum nicht? _____

_____

Kannst Du auf sie zählen und auch über Probleme reden? ☐ Ja ☐ Nein

Was glaubst Du … bist Du beliebt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn nein, wieso nicht? _____

_____

Hast Du eine enge Freundin oder engen Freund? ☐ Ja ☐ Nein

Hast/hattest Du eine feste Freundin oder festen Freund? ☐ Ja ☐ Nein

# J2 – Vorsorgeuntersuchung

*Fragebogen für Jugendliche – Seite 3*

MediKids
ZENTRUM FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

| Nachname | Vorname | Fragebogen vom |
|---|---|---|
| | | |

## Zukunft

Hast Du Pläne für Deine Zukunft? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Was möchtest Du keinesfalls werden? _____

Und wieso? _____

Arbeitest Du schon? _____

Wenn ja, was? _____

## Freizeit

Hobbies ☐ Ja ☐ Nein

Welche und wie oft? _____

_____

Sport ☐ Ja ☐ Nein

Was und wie oft? _____

_____

Womit verbringst Du den größten Teil Deiner Freizeit?

☐ Freunde ☐ Familie ☐ relaxen/chillen
☐ Hobbies ☐ Sport ☐ Computerspiele
☐ Chatten ☐ Fernsehen ☐ anderes:

_____

_____

## Du selber

Bist Du eher …

☐ fröhlich ☐ traurig ☐ ruhig
☐ ausgelassen ☐ aggressiv ☐ relaxt

Wie zufrieden bist Du mit Deinem Leben? ☐ zufrieden ☐ geht so ☐ unzufrieden

Stört Dich etwas? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, was? _____

_____

Was kannst Du gut? _____

_____

Was macht Dir Mühe? _____

_____

Welche schlechten Angewohnheiten möchtest Du ändern? _____

_____

# J2 – Vorsorgeuntersuchung

*Fragebogen für Jugendliche – Seite 4*

MediKids
ZENTRUM FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

| Nachname | Vorname | Fragebogen vom |
|---|---|---|
| | | |

Glaubst Du, dass Leute zu viel von Dir erwarten? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wer?

Hast Du manchmal über längere Zeit das Gefühl, alles sei sinnlos? ☐ Ja ☐ Nein

Hattest Du schon Schwierigkeiten mit der Polizei? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, warum?

Hattest Du schon mal körperliche Gewalt gegen Dich oder Andere erlebt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, was?

## Gesundheit

Fühlst Du Dich gesund? ☐ Ja ☐ Nein ☐ geht so

Wenn nein, warum geht es Dir nicht gut?

Was würdest Du Deiner allgemeinen Gesundheit für eine Note geben? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

| Wie zufrieden bist Du … | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | … mit Deiner körperlichen Entwicklung | ☐ zufrieden | ☐ geht so | ☐ unzufrieden |
| | … Deiner Größe | ☐ zufrieden | ☐ geht so | ☐ unzufrieden |
| | … Deinem Gewicht | ☐ zufrieden | ☐ geht so | ☐ unzufrieden |

Wenn nicht zufrieden, warum?

Hast Du Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen? ☐ Ja ☐ Nein

Hast Du Ängste? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und/oder wovor?

Warst Du jemals im Krankenhaus? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wo und warum?

Sind Erkrankungen oder/und Allergien bei Dir bekannt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

# J2 – Vorsorgeuntersuchung

*Fragebogen für Jugendliche – Seite 5*

MediKids
ZENTRUM FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

| Nachname | Vorname | Fragebogen vom |
|---|---|---|
| | | |

Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

_____

Verordnung durch welchen Arzt? _____

_____

Bist Du auf gewisse Medikamente allergisch und/oder verträgst sie schlecht? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

_____

Deine Einschätzung zu Suchtmitteln (falls Du etwas dazu sagen möchtest)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Zigaretten | ☐ nein danke | ☐ rauche selbst | ☐ in der Familie | ☐ Freunde rauchen |
| Alkohol | ☐ nein danke | ☐ ab und zu | ☐ in der Familie | ☐ selbst oft |
| Drogen | ☐ nein danke | ☐ schon probiert | ☐ in der Familie | ☐ Freunde probieren |

Dein Kommentar _____

_____

## Fragen

**Hast Du Fragen oder Bemerkungen zu den folgenden Themen (bitte ankreuzen)?**

| | | |
|---|---|---|
| ☐ Gewicht | ☐ Müdigkeit | ☐ Rücken/Nacken |
| ☐ Herz | ☐ Ohnmacht | ☐ Geschlechtsorgane |
| ☐ Blutdruck | ☐ Brust | ☐ häufiges/schmerzhaftes Wasserlassen |
| ☐ Magen/Erbrechen/Verdauung | ☐ Mund/Zähne | ☐ Bettnässen |
| ☐ Kopfschmerzen | ☐ Schlafprobleme | ☐ Vergewaltigung/sexueller Missbrauch |
| ☐ Verstopfung/Durchfall | ☐ Augen/Sehen | ☐ Gewalttätigkeit |
| ☐ Schwindel | ☐ Ohren/Hören | ☐ AIDS, Krebs |
| ☐ Hautausschläge | ☐ Nase/Schnupfen/Riechen | ☐ Kinder haben |
| ☐ Arme/Beine/Gelenke/Muskeln | ☐ Tod | ☐ Ernährung |
| ☐ Medikamente | ☐ Gesundheit – bestimmte Beschwerden | ☐ Sorgen/Ängste |
| ☐ Probleme Schule, Familie, Freunde | ☐ körperliche Entwicklung, Pubertät | ☐ anstehende Impfungen |
| ☐ Aufklärung, Sexualität, Verhütung | | |

**Hast Du noch andere Fragen, die Du gerne mit mir besprochen hättest?** ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

_____

_____

# J2 – Vorsorgeuntersuchung

*Fragebogen für Jugendliche – Seite 6*

MediKids
ZENTRUM FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

| Nachname | Vorname | Fragebogen vom |
|---|---|---|
| | | |

## Weitere Fragen

### *Fragen für Sie*

| | | | |
|---|---|---|---|
| Bekommst Du schon Deine Monatsblutungen? | | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Wenn ja, wann hattest Du Deine erste Monatsblutung? | | | |
| Sind Deine Perioden regelmäßig? | | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Hast Du dabei Schmerzen? | ☐ Ja, ein wenig | ☐ Ja, stark | ☐ Nein |
| Weißt Du, wie Du Deine Brüste untersuchen kannst? | | ☐ Ja | ☐ Nein |

### *Fragen für Ihn*

| | | |
|---|---|---|
| Weißt Du, wie Du Deine Hoden untersuchen kannst und warum Du dies tun solltest? | ☐ Ja | ☐ Nein |

# Ablauf der Untersuchung (J1/J2)

- Terminabsprache
- Ausfüllen der Fragebögen für die Jugendlichen und die Eltern – **Du und Deine Eltern getrennt**
- Überprüfung des Impfausweises, besteht noch ausreichender Impfschutz?

### *Körperliche Untersuchung*

- ✓ Messung von Blutdruck und Puls
- ✓ Messung Gewicht, Körpergröße, BMI
- ✓ Feststellung der körperlichen Entwicklung
- ✓ Überprüfung der Atmung, Abhören der Lunge
- ✓ Schilddrüsenkontrolle
- ✓ Hörtest
- ✓ Skelettsystem
- ✓ Muskulatur (Haltungsschäden)
- ✓ Haut

- ✓ *Sehtest (auf Wunsch – IgeL)*
- ✓ *EKG (auf Wunsch – IgeL)*
- ✓ *Schilddrüsensonographie (auf Wunsch - IgeL)*

### *Labordiagnostik*

- ✓ Blut
- ✓ Urin (E, GLC, Prot.)

### *Das bringe ich zur Untersuchung mit*

- Versichertenkarte Krankenkasse
- gelbes Vorsorgeheft (falls vorhanden)
- Impfausweis
- Fragebogen