

## Fragebogen J1/J2 an die/den Jugendliche/n

Dein Name: ..... geb. am: .....

Kreuze nur an, wenn es Dich betrifft. Leidest du häufig/gelegentlich unter Beschwerden wie:

- ☐ Ja Kopfschmerzen ☐ Müdigkeit/Abgeschlagenheit ☐ Konzentrationsstörung ☐ Schwindel ☐  
Bauchschmerzen ☐ Rücken-/Gelenksbeschwerden ☐ andere Beschwerden? .....
- ☐ Ja Fühlst Du dich (anhaltend) krank?
- ☐ Ja Gibt es Probleme beim Lernen? Auswendigbehalten ☐ Konzentration ☐ Lesen ☐ Rechnen ☐  
Schreiben ☐ Anderes? .....  
Welche Schule besuchst Du? Hauptschule ☐ Realschule ☐ Gymnasium ☐ Andere ☐  
Klasse: ....., Durchschnittsnote: .....  
Deine Lieblingsfächer ....., Problemfächer .....  
☐ Ja Versetzungsgefährdet?
- ☐ Ja Gibt es Probleme mit Deinen Schulleistungen?
- ☐ Nein Fühlst Du Dich in Deiner Schulklasse wohl?
- ☐ Nein Kannst Du Dich an Regeln halten?
- ☐ Nein Hast Du gute gleichaltrige Freunde?
- ☐ Ja Gibt es Probleme mit Deiner Familie?
- ☐ Ja Gibt es Probleme mit der Ernährung? Zu viel ☐ zu wenig ☐ andere .....
- ☐ Ja Hast Du manchmal Hungerattacken und fällst über den Kühlschrank her? Hast Du nach dem Essen  
das Bedürfnis, Dich zu übergeben? Übergibst Du Dich nach dem Essen?
- ☐ Ja Macht Dir Dein Gewicht Sorgen? Zu viel ☐ zu wenig ☐
- ☐ Ja Hast Du schon einmal eine Diät gemacht? Warum? ..... Erfolgreich ☐?
- ☐ Ja Hast Du andere Essgewohnheiten? z.B.: Vegetarische Kost ☐ andere .....
- ☐ Ja Musst Du häufig die Augen zusammenkneifen? Wiederholst Du bestimmte Bewegungen (z.B.  
Schulterzucken) besonders häufig? Oder hat Dir das jemand schon einmal gesagt?
- ☐ Ja Wäschst Du Dir besonders häufig die Hände? Oder machst Du andere Dinge besonders häufig, so  
dass Dich dies im Alltag behindert?
- ☐ Nein Ist Deine Stimmung überwiegend fröhlich und ausgeglichen?
- ☐ Ja Bist Du bei Dir gestellten Aufgaben leicht ablenkbar oder unkonzentriert?
- ☐ Ja Hast Du vor etwas besondere Angst? Wovor? .....
- ☐ Ja Hast Du schon einmal etwas mutwillig zerstört ☐ oder gestohlen ☐?
- ☐ Ja Hast Du starke Stimmungsschwankungen? Bist Du oft/anhaltend traurig?
- ☐ Ja Hast Du schon einmal ernsthaft darüber nachgedacht, Dich umzubringen?
- ☐ Nein Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein? Welche? .....
- ☐ Ja Rauchst Du? ☐ Trinkst Du? ☐ Hast Du Erfahrung mit Drogen? ☐
- ☐ Nein Treibst Du Sport? Im Verein ☐ Freizeit ☐ Sportart: .....
- ☐ Nein Liest Du? Bücher ☐ Zeitschriften ☐ Comics ☐  
Was machst Du sonst gerne in Deiner Freizeit? .....  
Jugendtreffs ☐ Vereine ☐ Spielst Du ein Instrument? ☐  
Welche Hobbys hast Du? .....  
Fernsehgewohnheiten: ..... Std./Tag Computerspiele/Internet/Handy: ..... Std./Tag  
☐ Ja Hast Du Probleme mit deinem Freund/ Deiner Freundin? Beim/mit dem Sex? Bei der Verhütung?
- ☐ Ja Homosexualität ☐ Bisexualität ☐

**Mädchen**

**Jungen**

Hast Du

Fragen: