

Fragebogen zur Jugendvorsorge 1 und 2

Körperliche Aktivitäten pro Tag: (Sportart + Zeit): _____
Medienkonsum pro Tag: _____
Schulsituation (welche Schule + Klasse): _____
Familiensituation (Geschwisterzahl, Alleinerziehung): _____
Regelmäßige Medikamenteneinnahme: _____
Zahl der Arztkontakte in den letzten 12 Monaten: _____

Anleitung zum Ausfüllen
Bitte beantworte alle Fragen. Lass bitte keine Frage aus.
Kreuze unten an ob die aufgeführten Probleme bei dir in den letzten 6 Monaten aufgetreten sind. Mache nur ein Kreuz in jede Zeile. Setze die Kreuze nur in die Kästchen, nicht dazwischen.
Solltest du verhaltensverändernde Medikamente einnehmen, beantworte die Fragen bitte so, als hättest du sie nicht genommen.

Ich

- 1 habe häufig Bauchschmerzen
- 2 habe häufig Kopfschmerzen
- 3 leide unter asthmatischen Beschwerden oder einer chronischen Bronchitis
- 4 leide unter anderen chronischen Erkrankungen (bitte unten aufführen)
- 5 leide unter körperlichen Einschränkungen oder Behinderungen
- 6 mache mir viele Sorgen über meine Gesundheit
- 7 habe manchmal nervöse Zuckungen (z.B. Blinzeln-, Zwinker-, Räuspertic)
- 8 kann schlecht einschlafen (d.h. liege mehr als eine Stunde wach)
- 9 wache häufig nachts auf und kann schlecht wieder einschlafen - liege mehr als 1 Stunde wach
- 10 muss bei starker Aufregung stottern
- 11 habe mehr als einmal im letzten halben Jahr ins Bett gemacht
- 12 habe mehr als einmal im letzten halben Jahr eingekotet
- 13 habe meist nur wenig Appetit
- 14 (meine Eltern) kochen zuhause nicht mit jodiertem Speisesalz
- 15 bin extrem wählerisch beim Essen
- 16 habe ständig Angst dick zu werden
- 17 habe aufgrund meines Essverhaltens mindestens 7kg abgenommen
- 18 habe mindestens 10kg Übergewicht
- 19 werde wegen meines Gewichts geärgert
- 20 habe oft mit meinen Eltern Streit
- 21 fühle mich in meiner Familie nicht wohl
- 22 muss zwischen meinen Eltern pendeln, weil sie getrennt leben
- 23 lebe bei nur einem Elternteil
- 24 streite mich fast jeden Tag mit meinen Geschwistern
- ... dabei kommt es auch zu ernsthaften Verletzungen, Quälereien und Drohungen
- 25 bin aufsässiger und ungehorsamer als andere Jugendliche
- 21 wurde wegen meines Verhaltens einmal vom Schulbesuch oder Ausflug ausgeschlossen
- 22 habe schlechte Noten in der Schule
- 23 fühle mich immer öfters durch den Unterrichtsstoff gestresst
- 24 schwänze manchmal die Schule
- 25 habe starke Angst davor zur Schule zu gehen
- 26 werde von anderen Jugendlichen häufig geärgert, gehänselt, verprügelt

<u>trifft zu</u>	<u>trifft nicht zu</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Rückseite
Beachten!

	<u>trifft zu</u>	<u>trifft nicht zu</u>
27 habe Angst vor anderen Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 habe überhaupt keinen Kontakt zu Gleichaltrigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 prügte mich häufig mit anderen Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dabei ist es auch schon zu ernsthaften Verletzungen gekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 wechsele häufig meine Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 bin in der Schule leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 bin bei den Hausaufgaben leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 bin in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 bin bei den Hausaufgaben unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 bin im Straßenverkehr sehr unüberlegt, vorschnell und riskant in meinem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 habe täglich einen Wutanfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 bin überängstlich, mache mir viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 habe panische Angst vor Spinnen, Mäusen, Hunden und Ratten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 habe panische Angst alleine zuhause zu bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 habe panische Angst vor fremden Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 weigere mich mit fremden Erwachsenen zu sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 habe panische Angst vor Blitz, Donner oder Dunkelheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 habe panische Angst vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 bin übertrieben ordentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45 wasche mir oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46 kontrolliere bestimmte Dinge mehrmals innerhalb weniger Minuten (z.B. das Türen und Fenster verschlossen sind, Schultasche gepackt, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47 kaue oder reiße so stark die Fingernägel, dass es häufiger zu blutenden Verletzungen kommt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48 bin mind. 1x pro Woche für mindestens 3 Stunden traurig oder niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... diese Stimmung steht meistens in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49 war min. 2 Wochen traurig oder niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 bin nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn ich traurig bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51 habe schon einmal ernsthaft gesagt, dass es mich umbringen will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52 lüge häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53 habe zuhause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolleres (Wert größer 30€) gestohlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54 habe schon mindestens 5x weniger wertvolle Dinge gestohlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55 habe schon einmal mit Absicht Dinge, die ihm nicht gehören, zerstört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dabei ist ein Schaden von mind. 30 Euro entstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56 bin schon von zuhause weggelaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57 habe schon mal geraucht oder rauche regelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58 habe schon hin und wieder Alkohol getrunken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59 habe schon mal Drogen genommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Für Jungs (J1):</u>		
... habe schon meinen Stimmbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe schon andere Pubertätszeichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte schon Sexualkontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Für Mädchen (J1):</u>		
... habe meine Periode (seit wann?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe schon andere Pubertätszeichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe schon Brustwachstum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... nehme eine Verhütungspille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte schon Sexualkontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>