

Name und Vorname: \_\_\_\_\_

Wenn Du diese Fragen beantwortest, kann ich Dir besser helfen. Deine Antworten bleiben natürlich vertraulich, das heißt sie bleiben mein Geheimnis (Arztgeheimnis). Wenn Du einige Fragen nicht beantworten willst, ist das auch in Ordnung, vielleicht frage ich Dich dann danach. Bitte schicke diesen Fragebogen bis spätestens zwei Tage vor der Untersuchung in die Praxis, gerne per E-Mail. Vielen Dank!

## Ernährung

Ernährst Du Dich normal, d. h. abwechslungsreich und von allem etwas? Ja      Nein  
Wenn nein, folgst Du einer bestimmten Ernährungsform oder machst Du eine Diät und wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_  
Seit wann und mit welchem Ziel?

## Gesundheit

Welche Note würdest Du Deiner allgemeinen Gesundheit geben? 1   2   3   4   5   6  
Warst Du jemals im Krankenhaus? Ja      Nein  
Wenn ja, wo und warum?

\_\_\_\_\_  
Nimmst Du zur Zeit Medikamente ein? Ja      Nein  
Wenn ja welche und durch welchen Arzt wurden sie verordnet?

\_\_\_\_\_  
Bist Du auf gewisse Medikamente allergisch oder verträgst sie schlecht? Ja      Nein  
Wenn ja welche?

\_\_\_\_\_  
Nimmst Du zur Zeit Drogen (Alkohol, Tabak, Joints, Heroin, Speed, Extasy)? Ja      Nein  
Wenn ja welche und wie oft?

\_\_\_\_\_  
Nimmt jemand aus Deiner Familie oder aus Deinem Freundeskreis Drogen? Ja      Nein  
Wenn ja, wer?

Fragebogen J1 und J2

Schule

Gehst Du gerne in die Schule? Ja Nein  
Wenn nein, warum nicht?

Wie sind Deine Leistungen in den folgenden Fächern (Note)?

Deutsch: 1 2 3 4 5 6  
Mathematik: 1 2 3 4 5 6

Wie viele Tage hast Du im letzten Jahr in der Schule gefehlt? Tage  
Warum?

Elternhaus

Gab es in Deinen Augen schon größere Krisen in Deiner Familie? Ja Nein  
Wenn ja, welche?

Fühlst Du Dich in Deiner Familie wohl? Ja Nein  
Wenn nein, warum nicht?

Hast Du oft Auseinandersetzungen? Ja Nein  
Wenn ja, mit wem vor allem?

Kommst Du mit Deinen Geschwistern gut aus? Ja Nein  
Wenn nein, mit wem und warum nicht?

Möchtest Du etwas in Deinem Verhältnis zu Deinen Eltern ändern? Ja Nein  
Wenn ja, was?

Freunde

Hast Du gleichaltrige Freunde? Ja Nein  
Wenn nein, warum nicht?

Wenn ja, kannst Du auf sie zählen?

Fragebogen J1 und J2

Was glaubst Du, bist Du beliebt? Ja Nein  
Wenn nein, warum nicht?

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

Zukunft

Hast Du Pläne für Deine Zukunft? Ja Nein  
Wenn ja, welche?

Arbeitest Du bereits? Ja Nein  
Wenn ja, was?

Was möchtest Du auf keinen Fall werden und weshalb nicht?

Deine Persönlichkeit

Kommst Du gut mit Dir zurecht? Ja Nein  
Wenn nein, was stört Dich?

Glaubst Du, dass Leute zu viel von Dir erwarten? Ja Nein  
Wenn ja, wer?

Was kannst Du gut?

Was macht Dir Mühe?

Welche schlechten Gewohnheiten möchtest Du ändern?

Hast Du manchmal über längere Zeit das Gefühl, alles sei sinnlos? Ja Nein  
Hattest Du schonmal Schwierigkeiten mit der Polizei? Ja Nein  
Wenn ja, weshalb?

# Fragebogen J1 und J2

## Weitere Fragen

Hattest Du schon Geschlechtsverkehr?	Ja	Nein
Möchtest Du mehr darüber wissen?	Ja	Nein
Möchtest Du mehr über Verhütung wissen?	Ja	Nein
Was denkst Du über Homosexualität?	Ja	Nein

---

## Fragen nur für Frauen

Wann hattest Du Deine erste Blutung?		
Sind Deine Perioden regelmäßig?	Ja	Nein
hast Du dabei schreckliche Schmerzen?	Ja	Nein
Hattest Du jemals eine Scheidenentzündung?	Ja	Nein
Weißt Du, wie Du Deine Brüste untersuchen kannst?	Ja	Nein
Warst Du schonmal schwanger?	Ja	Nein

---

## Fragen nur für Männer

Weißt Du, wie Du Deine Hoden untersuchen kannst und warum Du dies tun solltest?	Ja	Nein
Weißt Du, wie man ein Kondom gebraucht?	Ja	Nein
Gebrauchst Du es immer beim Geschlechtsverkehr?	Ja	Nein
Wenn nein, warum nicht?		

---

## Hast Du Fragen oder Bemerkungen zu den folgenden Themen? Bitte ankreuzen!

- |  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gewicht                             | <input type="checkbox"/> Schlafprobleme     | <input type="checkbox"/> Blutdruck  |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen                       | <input type="checkbox"/> Herz               | <input type="checkbox"/> Schwindel  |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung/Durchfall               | <input type="checkbox"/> Brust              | <input type="checkbox"/> Ohnmacht   |
| <input type="checkbox"/> Augen/Sehen                         | <input type="checkbox"/> Hautausschlag      | <input type="checkbox"/> Bettnässen |
| <input type="checkbox"/> häufiges/schmerzhaftes Wasserlassen | <input type="checkbox"/> Ohren/Hören        | <input type="checkbox"/> Mund/Zähne |
| <input type="checkbox"/> Nase/Schnupfen/Riechen              | <input type="checkbox"/> Geschlechtsorgane  | <input type="checkbox"/> Müdigkeit  |
| <input type="checkbox"/> Arme/Beine/Gelenke/Muskeln          | <input type="checkbox"/> Rücken/Nacken      | <input type="checkbox"/> AIDS       |
| <input type="checkbox"/> Magen/Erbrechen/Verdauung           | <input type="checkbox"/> Selbstbefriedigung | <input type="checkbox"/> Tod        |
| <input type="checkbox"/> Gewalttätigkeit                     | <input type="checkbox"/> Kinder haben       |                                     |
| <input type="checkbox"/> Vergewaltigung/sexueller Missbrauch | <input type="checkbox"/> Krebs              |                                     |

Hast Du noch andere Fragen, die Du gerne mit mir besprechen würdest?

---