

Fragebogen

# Vorsorge J2

17.-18. Lebensjahr

**Schwerpunkte: Pubertäre Entwicklung sowie Krankheiten, die die geistige und körperliche Entwicklung in nicht geringfügigem Maß gefährden**

Heute geht es um dich,

bitte fülle den Fragebogen in Ruhe aus, damit wir im Gespräch besser auf deine Anliegen eingehen können.

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

|    |                                                                                                                  | Ja                       | Nein                     |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1  | Ich habe selten oder nie Kopfschmerzen.                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2  | Ich mache mir eigentlich keine Sorgen um meine Gesundheit.                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3  | Ich kann meistens gut schlafen.                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4  | Ich bin wenig wählerisch beim Essen.                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5  | Ich bin mit meiner Figur und meinem Körper zufrieden.                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6  | Ich verstehe mich mit meinen Eltern meistens gut.                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7  | Ich verstehe mich mit meinen Geschwistern meistens gut.                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8  | Ich gehe regelmäßig und meistens ganz gern zur Schule.                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9  | Ich komme in der Schule gut klar.                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Ich habe guten Kontakt zu anderen Jugendlichen.                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Ich habe einige langjährige Freundschaften.                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Ich schaue meist unbesorgt in die Zukunft.                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Ich bin oft und unbegründet über Tage traurig gestimmt.                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Ich mache regelmäßig Sport in der Schule.                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | In meiner Freizeit bin ich sportlich aktiv.                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Ich habe Hobbies, denen ich in meiner Freizeit nachgehe.                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Ich beschäftige mich regelmäßig mit Computer, Fernsehen, Handy für ca. _____ Stunden/Tag                         |                          |                          |
| 18 | Ich habe Pläne und Ideen bezüglich meiner beruflichen Zukunft.                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Über die Frage der Verhütung und Schutz vor Geschlechtskrankheiten habe ich mich bereits ausreichend informiert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | Rauchst du, trinkst du Alkohol oder nimmst du Drogen?                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 | Gibt es ein w, das wir bislang nicht angesprochen haben?                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte beachte, dass zur Besprechung einiger Anliegen eventuell ein weiterer Termin vereinbart werden muss.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Deine Unterschrift oder wahlweise die Unterschrift eines Sorgeberechtigten

Originalquelle: Dieser Fragebogen wurde von uns als Mitglied im Deutschen Hausärztinnen- & Hausärzterverband aus der Verbandszeitschrift „Der Hausarzt“ (Sonderheft Familienmedizin 2017, 2021) entnommen und grafisch an unsere Praxis angepasst. Der Inhalt wurde leicht adaptiert.