

## Patienten-Fragebogen für die Vorsorgeuntersuchung J2 (16 - 17 Jahre)

Lieber Patient,

viele Aspekte Deines Lebens lassen sich in einem kurzen Arzttermin nicht ausreichend gut besprechen. Uns ist es aber wichtig, Dich mit Deinen individuellen Themen gezielt beraten zu können, daher bitten wir Dich, uns diesen Fragebogen im Vorfeld der Vorsorge ehrlich auszufüllen.

**Wir besprechen Deine eigenen Themen, die sich für uns aus Deinen Antworten ergeben, nicht im Beisein Deiner Eltern, sondern bitten Deine Eltern vorher aus dem Untersuchungszimmer!**

Wenn Du möchtest, können Deine Eltern aber natürlich auch dabei bleiben, das kannst Du uns einfach sagen.

Die Fragebögen aller Vorsorgen stehen Dir auch zum vorigen Ausdruck auf unserer Homepage zur Verfügung („Links & Downloads“). Alle Angaben sind natürlich freiwillig, Fragen zu denen Du keine Angaben machen möchtest, lässt Du einfach frei.

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

### Ernährung / Ausscheidung / Wachstum

		Ja	Nein
1.	Bist Du mit Deinem Essverhalten / Trinkverhalten zufrieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Isst Du eine normale Mischkost?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Ernährst Du Dich insgesamt gesund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Isst Du mit normalem Appetit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Isst Du mehrfach am Tage Süßigkeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Isst Du Kind mehrfach am Tage gesüßte Getränke?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Hast Du regelmäßig und ohne Beschwerden Stuhlgang?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Ist der Stuhlgang von normaler Konsistenz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Hast Du ständig Angst, zu dick zu werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Ja	Nein
10.	Hast Du mehr als 1 x / Woche für mindestens 1 Stunde Bauchschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Empfindest Du Dich als zu dick oder zu dünn?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Empfindest Du Dich als zu groß oder zu klein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Sehvermögen

		Ja	Nein
1.	Glaubst Du, dass Du ein gutes Sehvermögen hast?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Liest Du gerne Bücher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Klagst Du häufiger über Kopfschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Tragen Deine Eltern oder Geschwister eine Brille?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Hörvermögen

		Ja	Nein
1.	Glaubst Du, dass Du ein gutes Hörvermögen hast?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Hast Du häufiger Mittelohrentzündungen (mehr als 2x/Jahr)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Hast Du in Erkältungsphasen ein für Dich bemerkbar reduziertes Hörvermögen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Sprache

		Ja	Nein
1.	Bist Du zufrieden mit Deinen sprachlichen Fähigkeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Gibt es Worte oder Laute, die Du nicht gut aussprechen kannst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Stotterst Du manchmal beim Reden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Motorik

	Grobmotorik	Ja	Nein
1.	Bewegst Du Dich insgesamt gerne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Besitzt Du eine gute Körperkontrolle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Treibst Du Sport in einem Verein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Hast Du eine normale Kondition?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Wie viele Stunden am Tag ist Du durchschnittlich körperlich aktiv (mindestens gehen)?		
6.	Wie viele Stunden am Tag werden durchschnittlich Medien genutzt (Fernsehen, PC, Handy, Konsole, Tablet, etc)?		

Feinmotorik			
7.	Hast Du eine normale Geschicklichkeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Hast Du eine altersentsprechende Handschrift?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Schlafverhalten

		Ja	Nein
1.	Bist Du mit Deinem Schlafverhalten zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Kannst Du häufiger nicht gut Einschlafen oder Durchschlafen (d.h. abends oder nachts mehr als eine Stunde wach liegen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Machst Du Dir abends in der Phase des Einschlafens manchmal Sorgen über Ereignisse oder andere Dinge ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Sozial-emotionale Entwicklung

		Ja	Nein
1.	Hast Du mindestens einen guten Freund mit regelmäßigem Kontakt (nicht online)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Hast Du Ansprechpartner mit denen Du über Deine Gefühle und Sorgen sprechen kannst (Eltern, Freunde, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Hast Du häufiger Schwierigkeiten Dich an vereinbarten Regeln im Alltag zu halten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Bist Du häufiger sehr ängstlich, sehr unsicher, oder sehr wütend, so dass Du Dich hilflos fühlst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Hast Du sehr häufig Sorge, dass Du krank sein könntest?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Wurdest Du wegen Deines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch oder einem (Schul-)Ausflug ausgeschlossen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Wird Du von anderen Jugendlichen häufiger geärgert, gehänselt, verprügelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Machst Du Dir viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.B. Klassenarbeiten) und wirst dann manchmal vor lauter Aufregung "krank"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Hast Du panische Angst vor bestimmten Situationen oder Dingen (z.B. Spinnen, Gewitter, Zahnarzt, Spritzen oder Reden vor der Klasse)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Wäschst Du Dir oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Kontrollierst Du bestimmte Dinge mehrmals hintereinander, innerhalb weniger Minuten (z.B. dass Türen oder Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Fühlst Du Dich in Gruppen von Menschen häufig unwohl und sprichst sehr ungerne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Bist Du mindestens einmal pro Woche für mindestens drei Stunden traurig oder niedergeschlagen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Ja	Nein
14.	Bist Du häufig nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn Du traurig bist?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Hast Du schon einmal gedacht, dass Du lieber tot wärst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Hast Du schon einmal (heimlich) geraucht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Hast Du schon einmal (heimlich) Alkohol getrunken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Hast Du schon einmal (heimlich) gekifft oder anderweitig Cannabis konsumiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Hast Du zuhause oder außerhalb schon einmal etwas gestohlen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Hast Du schon einmal mit Absicht Dinge, die Dir nicht gehören, zerstört oder beschädigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.	Bist Du schon einmal von zu Hause weggelaufen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.	Gibt es zu Hause andauernd Streit mit Deinen Eltern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.	Lügst Du häufig, weil Du Dir nicht anders zu helfen weißt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Schule

1.	Welche Schule besuchst Du?		
2.	Welche Klasse besuchst Du?		
		Ja	Nein
3.	Gehst Du gerne zur Schule?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Bist Du mit Deinen Schulleistungen insg. zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Sind Deine Eltern mit Deinen Schulleistungen zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Kannst Du gut lesen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Kannst Du gut und sicher schreiben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Hast Du Probleme mit den Lehrern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Hast Du Probleme mit dem Verständnis der Schulhalte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Hast Du Probleme mit einigen Mitschülern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Hast Du manchmal Angst vor der Schule?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Schwänzt Du manchmal die Schule?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Bist Du in der Schule sehr leicht ablenkbar, immer unkonzentriert und motorisch unruhig, was auch schon zu Gesprächen führte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gibt es sonst Aspekte oder Dinge in Deinem Leben die Dir Sorgen bereiten?

Fragebogen ausgefüllt am: \_\_\_\_\_, von \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

*Ihr Praxisteam Beck*