

Gesundheits-Check Junior

PATIENTENFRAGEBOGEN 10-13 JAHRE

Liebe/Lieber _____ (bitte Namen eintragen)

Bitte beantworte die nachfolgenden Fragen, sodass dein Arzt bei der Untersuchung und dem Beratungsgespräch besonders gut auf dich eingehen kann.

Familie

Kommst du gut klar mit:

- Deinen Eltern? ☐ ja ☐ nein ☐ geht so
- Deinen Geschwistern? ☐ ja ☐ nein ☐ geht so

Kannst du mit deinen Eltern über Probleme reden? ☐ ja ☐ nein ☐ geht so

Freunde

Hast du gute gleichaltrige Freunde? ☐ ja ☐ nein

Kannst du mit deinen Freunden über Probleme reden? ☐ ja ☐ nein ☐ selten

Wirst du zu Partys eingeladen? ☐ ja ☐ nein ☐ selten

Gesundheit

Fühlst du dich gesund? ☐ ja ☐ nein ☐ geht so

Wenn „geht so“ oder „nein“, wieso? _____

Hast/hattest du in letzter Zeit körperliche Beschwerden? Wenn ja, welche? _____

Mentale Gesundheit

Deine Einschätzung: bist du häufig.... Kreuze an, was auf dich zutrifft!

- | | | | | |
|--------------------------------------|---|------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| ☐ fröhlich | ☐ zufrieden | ☐ entspannt | ☐ sicher | ☐ motiviert |
| ☐ traurig | ☐ aggressiv | ☐ ängstlich | ☐ nervös | ☐ gestresst |
| ☐ einsam | ☐ unkonzentriert | | | |
| ☐ überfordert | ☐ Andere | _____ | | |

Schlaf

Ich schlafe ☐ gut ☐ schlecht

Ich schlafe _____ Stunden/Nacht

Größe und Gewicht

Wie zufrieden bist du mit deiner körperlichen Entwicklung, deiner Größe, deinem Gewicht?

- ☐ zufrieden ☐ geht so ☐ unzufrieden

Womit bist du unzufrieden? _____

Pubertätsentwicklung (für Mädchen):

Regelblutung: ☐ ja ☐ nein

Erste Regelblutung mit ____ Jahren

Ist die Regelblutung ☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig

Sport

Treibst du Sport? ☐ ja ☐ nein

Treibst du Sport im Verein? ☐ ja ☐ nein

Treibst du Freizeit- bzw. Hobbysport mindestens 4x pro Woche? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche Sportart/Sportaktivität? _____

Schule

Welche Schule besuchst du? _____ Klasse: _____

Bist du mit der Schule/deinen Lehrern/deinen Schulleistungen zufrieden? ☐ ja ☐ nein ☐ geht so

Wenn „geht so“ oder „nein“, wieso? _____

Gibt es in der Schule Probleme? ☐ ja ☐ nein

Wenn „ja“, welche? _____

Fühlst du Dich in Deiner Schule und in Deiner Klasse wohl? ☐ ja ☐ nein ☐ geht so

Wenn „geht so“ oder „nein“, wieso? _____

Bekommst du Nachhilfe? ☐ ja ☐ nein

Medienverhalten

Fernsehen _____ Stunden/Tag _____ Stunden/Wochenende

Laptop/Internet _____ Stunden/Tag _____ Stunden/Wochenende

Handy _____ Stunden/Tag _____ Stunden/Wochenende

Freizeit

Was machst du gerne in deiner Freizeit? _____

Welche Hobbys hast du? _____

Ernährungsverhalten

Wie oft esse ich regelmäßig zu festen Zeiten (Frühstück, Mittagessen, Abendessen)?

☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft ☐ immer

Ich esse mehrmals pro Woche Obst/Gemüse ☐ ja ☐ nein

Ich esse mehrmals pro Woche Süßigkeiten ☐ ja ☐ nein

Ich trinke meistens Wasser ☐ ja ☐ nein

Ich trinke süße Getränke (Saft, Limo, Eistee...)

☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft

Ich esse, wenn ich traurig, gestresst oder nervös bin

☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft

Ich esse, wenn ich mich langweile

☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft

Ich esse, wenn ich mich freue

☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft

Suchtmittel

Alkohol

☐ gar nicht ☐ 1x/Woche ☐ mehrmals pro Woche ☐ täglich

Zigaretten

☐ ich rauche nicht ☐ ich hab es mal probiert ☐ ich rauche ☐ meine Freunde rauchen

Andere Drogen

☐ nein danke ☐ schon probiert ☐ meine Freunde probieren

Gibt es weitere Fragen, die Du gerne mit mir besprechen würdest?

- ☐ Fragen zu deiner Gesundheit
- ☐ Fragen zu Medikamenten
- ☐ Fragen zu Alkohol, Rauchen, Sucht
- ☐ Fragen zu Impfungen
- ☐ Ernährungsfragen
- ☐ Probleme Schule/Familie/Freunde
- ☐ Sexualität, Verhütung, Geschlechtskrankheiten