



Vorname/Name:

Geburtsdatum:

Fragebogen über den Gesundheitszustand

Zur Vorbereitung der schulärztlichen Vorsorgeuntersuchung in der zweiten Oberstufe

Liebe Schülerin, lieber Schüler

Deine Gesundheit ist deine private Angelegenheit. Bei der schulärztlichen Vorsorgeuntersuchung hast du aber die Möglichkeit, Fragen, die deine Gesundheit betreffen, mit der Ärztin oder dem Arzt vertraulich zu besprechen.

Mit diesem Fragebogen kannst du dich freiwillig auf die Untersuchung vorbereiten. Nimm dir Zeit dafür. Wenn du eine Frage nicht beantworten möchtest, überspringe sie.

Deine Antworten werden vertraulich behandelt. Du musst sie auch deinen Eltern nicht zeigen.
Vergiss nicht, den Fragebogen zur schulärztlichen Untersuchung mitzubringen.

Gesundheit	Ja ja	Eher ja	Eher nein	Nein nein
Ich fühle mich gesund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine körperliche Leistungsfähigkeit ist gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit meinem Aussehen (Haut/Figur) bin ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin meistens glücklich und zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuhause fühle ich mich wohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe jemanden Vertrauten zum Reden, wenn ich Hilfe brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schlafe während der Woche genug, nämlich ___ Std pro Nacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schlafe tief und gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gönne mir zwischendurch eine Entspannungspause.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bewegung, Sport, Freizeit

Nie Manchmal Regelmässig

Ich treibe Sport.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich trage beim Velofahren einen Helm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich frühstücke, bevor ich in die Schule gehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich halte mich an eine spezielle Ernährungsform (z.B. Diät, Vegan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse Gemüse, Früchte und Salate.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich trinke hauptsächlich Wasser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich pflege meine Zähne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meine Freizeit verbringe ich am liebsten mit:

Stress, Druck	Ja	Nein
Ich habe selbst schon Misshandlung/Gewalt/Mobbing erlebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich oft traurig oder gestresst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich oft einsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe oft Angst vor gewissen Dingen oder Situationen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich benötige manchmal Beruhigungs- oder Schlafmittel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suchtmittel	Nie	Manchmal	Regelmässig
Ich trinke alkoholische Getränke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war schon betrunken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kiffe (Haschisch/Marihuana).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konsumiere Ecstasy oder andere Drogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich rauche Zigaretten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konsumiere Nikotinprodukte (z.B. Snus, Schnupf, Vapes).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pubertät und Liebe	Ja	Nein
Ich habe jemanden, mit dem ich über Sexualität und sexuelle Orientierung sprechen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich gut informiert über Schwangerschaftsverhütung, HIV/Aids und Geschlechtskrankheiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Fragen zur Verhütung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Fragen zu meiner körperlichen Entwicklung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Fragen zu sexuell übertragbaren Krankheiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zukunftspläne	Ja	Nein
Ich habe mich schon auf eine Lehrstelle beworben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mein Berufswunsch ist:

Gerne möchte ich noch etwas fragen:

Beratungsstellen für Jugendliche
www.147.ch (Information, Beratung, Notruf)
www.tschau.ch (allgemeine Beratung)
www.feel-ok.ch (allgemeine Beratung)
www.lilli.ch (Sexualität)
www.lustundfrust.ch (Sexualität, Pubertät)
www.sozialberatung-ai.ch (allgemeine Beratung)