



Zweckverband Schulkreis BeLoSe
Friedhofstrasse 2
4512 Bellach

Fragebogen über den Gesundheitszustand bei Jugendlichen (8. Klasse)

Liebe Schülerin, lieber Schüler

Demnächst findet die schulärztliche Untersuchung und die Befragung über deine Gesundheit statt. Die Untersuchung und die Befragung finden in der Praxis deiner Ärztin/deines Arztes statt. Die Ärztin/der Arzt soll deinen Gesundheitszustand beurteilen. Dazu muss sie/er aber wissen, wie du dich fühlst und wie du mit deinem Körper umgehst. Du hast ausserdem die Möglichkeit, mit der Ärztin/dem Arzt über Probleme zu sprechen, die dich beschäftigen. Fülle aus diesem Grunde den Fragebogen aus.

Er ist keine Probe - im Gegenteil. Der Bogen soll dir helfen, dich auf die Befragung vorzubereiten. Die Ärztin/der Arzt kann damit gezielter und effizienter auf deine Fragen eingehen und Gedanken der Gesunderhaltung besser ins Gespräch einfliessen lassen.

Es steht dir frei, sämtliche Fragen zu beantworten. Du kannst sie ein zweites Mal durchsehen und eventuell Korrekturen anbringen. Beantworte die Fragen ehrlich. **Deine Angaben sind für deine Ärztin/Deinen Arzt und dich selber bestimmt und unterliegen streng dem Arztgeheimnis.**

Nimm bitte folgende Unterlagen zur Vorsorgeuntersuchung mit:

- den ausgefüllten **Fragebogen**
- eine eventuell vorhandene **Brille** und das **Brillenrezept**
- den **Impfausweis / Gesundheitsheft**
- die **schriftliche Einwilligung** des gesetzlichen Vertreters (Seite 2) zur Durchführung der nötigen Impfungen

Vielen Dank für deine Mithilfe!

Schularzt

Gemeinschaftspraxis Selzach

Adresse und Telefon-Nummer Schularzt:

Gemeinschaftspraxis Selzach, Dorfstrasse 1c, 2545 Selzach, Tel. 032 641 10 43

Schriftliche Einwilligung des gesetzlichen Vertreters
zur Durchführung der nötigen Impfungen:

Ich bin einverstanden,

dass mein Kind..... anlässlich der Vorsorgeuntersuchung

in der 8. Klasse vom die gemäss Impfplan notwendigen

Impfungen erhält.

Ort/Datum:

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten:

.....

.....

1. Gesundheitszustand und persönliches Wohlbefinden

1.1. Hast Du ein gesundheitliches Problem?

- Nein, ich fühle mich völlig gesund
- Ja, ich fühle mich im Moment ein wenig "angeschlagen"
- Ja, ich leide an einer langdauernden Krankheit, nämlich:
-
- Ja, ich leide an einer körperlichen/anderen Behinderung, nämlich:
-
- Ja, ich mache mir Sorgen wegen meines Aussehens
- Ja, ich mache mir Sorgen wegen Veränderungen an meinem Körper, wegen Schmerzen oder anderen unangenehmen Empfindungen
- Ja, ich habe ein anderes Problem:
-

1.2. Wie ist Deine körperliche Leistungsfähigkeit?

- Sehr gut
- Gut
- Schlecht
- Ich bin dauernd müde

1.3. Wie fühlst Du Dich seelisch?

- Ich bin meistens glücklich und zufrieden
- Ich bin oft "hässig" und unzufrieden
- Ich bin oft traurig und niedergeschlagen
- Ich leide oft unter Angstzuständen
- Ich bin "nervös", finde keine Ruhe
- Ich habe Probleme mit meinen Mitmenschen
- Ich habe auch schon oft an Suizid gedacht

1.4. Kannst Du Dich mit jemandem aussprechen, wenn Du Probleme hast?

- Ja, ich habe jemanden, mit dem ich über alles reden kann
- Ja, ich habe jemanden, mit dem ich über gewisse Probleme reden kann
- Nein, ich habe niemanden, der meine Probleme versteht

1.5. Nimm bitte zu den folgenden Behauptungen Stellung, indem Du je nach Deiner Meinung bei "stimmt" oder "stimmt nicht" ein Kreuz machst.

- | | stimmt | stimmt nicht |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - Als Schüler hat man ein angenehmes Leben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Ich freue mich jetzt schon auf die Zeit, in der ich von der Schule nichts mehr höre und sehe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Ich gehe im allgemeinen gerne zur Schule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.6. Wieviele Tage hast Du im letzten Jahr in der Schule gefehlt und warum?

2. Pflege und Gesundheit

Schlaf

2.1. Wieviele Stunden schläfst Du pro Nacht?

_____ Stunden

Erholungszeit am Tag

_____ Stunden

2.2. Glaubst Du, dass dies für Dich genug ist?

Ja, ich schlafe genug

Nein, ich schlafe zuwenig

2.3. Hast Du Mühe zum Einschlafen? Erwachst Du häufig in der Nacht?

Nein, ich schlafe gut

Ja, ich habe Einschlafstörungen

Ja, ich habe Durchschlafstörungen

Körper

2.4. Putzt Du Deine Zähne regelmässig, und gehst Du regelmässig zur Kontrolle?

Ja

Nein

2.5. Für Mädchen:

Hast Du bereits die Periode?

Ja

Nein

Regelmässig

wenig Beschwerden

Unregelmässig

starke Schmerzen

2.5. Für Knaben:

Findest Du Deine Geschlechtsorgane ganz normal entwickelt?

Ja

Nein

3. Freizeit / Bewegung

3.1. Hast Du Freizeitprobleme?

Nein

Ja, ich langweile mich oft

Ja, ich habe zuwenig Freizeit

3.2. Kreuze bitte in der folgenden Liste diejenigen Tätigkeiten an, denen Du Dich mindestens einmal pro Woche widmest:

	täglich	mehrmals	einmal pro Woche
- Freizeitjob	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Musik hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Musik machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- In die Stadt gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Basteln/Handarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Am PC arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Am PC spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Videospiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Andere Spiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pfadfinder usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Schülertreff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mit Freund/in zusammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tierpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Velo/Töffli fahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Andere Hobbys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.3. Achtest Du bei Deiner Freizeitgestaltung darauf, was Deine Kameraden tun?

- Nein, die Kameraden spielen keine Rolle Ja, manchmal
 Ja, immer

3.4. Glaubst Du, dass Du genügend Bewegung hast?

- Ja Nein, ich sollte mich mehr bewegen

3.5. Welche der folgenden Sportarten betreibst Du regelmässig?

- | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Velofahren | <input type="checkbox"/> Fussball | <input type="checkbox"/> Handball | <input type="checkbox"/> Basketball |
| <input type="checkbox"/> Tennis | <input type="checkbox"/> Wandern | <input type="checkbox"/> Klettern/Alpinismus | <input type="checkbox"/> Schwimmen |
| <input type="checkbox"/> Segeln | <input type="checkbox"/> Skifahren | <input type="checkbox"/> Langlauf | <input type="checkbox"/> Schlittschuhlauf |
| <input type="checkbox"/> Hängegleiter | <input type="checkbox"/> Jogging | <input type="checkbox"/> Aerobic | <input type="checkbox"/> Leichtathletik |
- Andere: Welche?

4. Sexualität

4.1. Kannst Du Dich mit den Eltern, Kameraden oder anderen Vertrauenspersonen über Probleme mit der Sexualität aussprechen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, ich habe jemanden, mit dem ich über alle Probleme reden kann | <input type="checkbox"/> Nein, darüber habe ich noch nie mit jemandem gesprochen, obschon ich es gerne möchte |
| | <input type="checkbox"/> Nein, aber ich habe kein Bedürfnis darüber zu reden, denn ich werde mit meinen Problemen selber fertig |
| | <input type="checkbox"/> Nein, aber ich habe kein Bedürfnis darüber zu reden, denn ich habe keine Probleme |

4.2. Bist Du über AIDS genügend informiert?

- Ja, vom Schulunterricht
- Ja, wir haben eine Broschüre erhalten
- Ja, meine Eltern haben mich informiert
- Ja, ich habe mich selber informiert
- Nein, ich möchte mehr wissen

4.3. Weisst Du genügend Bescheid über Verhütungsmittel?

- Ich weiss genug darüber
- Ich besitze darüber eine Broschüre
- Ja, ich habe mich selber dokumentiert
- Ich möchte weitere Informationen
- Ich weiss darüber zuwenig

4.4. Für Mädchen:

Möchtest Du Deine Probleme mit einer Ärztin besprechen?

- Nein
- Ist mir gleich, ob Arzt oder Ärztin
- Ja

5. Ernährung

5.1. Hast Du mit der Ernährung irgendein Problem?

- Nein
- Ja, ich esse zuviel
- Ja, ich esse zuwenig
- Ja, ich esse zuviel ungesunde und zuwenig gesunde Nahrungsmittel
- Ja, ich habe Probleme

5.2. Möchtest Du Deine Ernährungsgewohnheiten ändern?

- Nein
- Ja
- Ich wäre froh um eine Hilfe

5.3. Nimmst Du täglich ein Frühstück?

- Ja
- Nein

5.4. Isst Du täglich von den folgenden Speisen?

	Ja	Nein
Früchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milch/Käse/Joghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limonade (CocaCola etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schokolade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.5. Naschst Du Süssigkeiten zwischen den Mahlzeiten?

- Nein
- Ja

5.6. Isst Du regelmässig "Fastfood"?

- Nie Gelegentlich Regelmässig

5.7. Achtest Du auf den Fett-/Cholesteringehalt der Speisen?

- Ja Nein

6. Tabak

6.1. Rauchst Du regelmässig oder gelegentlich Zigaretten?

- Nein, ich rauche nicht Ja, ich rauche gelegentlich
 Ja, ich rauche täglich

6.2. Für Nichtraucherin/Nichtraucher: Wie fühlst Du Dich als Nichtraucherin/ Nichtraucher

- Stolz, sicher, von den anderen akzeptiert Ich fühle mich manchmal unsicher oder "daneben"
 Weiss nicht, nichts besonderes Ich fühle mich ausgeschlossen
 Ich glaube, dass ich in den nächsten Jahren anfangen werde zu rauchen

6.3. Für Raucherin/Raucher: Rauchst Du, weil auch Deine Kameraden rauchen?

- Nein, das spielt gar keine Rolle Ja, es ist für mich schon wichtig
 Ja, ich rauche hauptsächlich wegen der Kameraden

6.4. Für Raucherin/Raucher: Rauchst Du

- alleine
 in Gemeinschaft

6.5. Für Raucherin/Raucher Ist die Rauchgewohnheit für Dich ein Problem?

- Nein, ich finde Zigarettenrauchen lässig Ja, eigentlich möchte ich aufhören
 Nein, ich geniesse das Rauchen

7. Alkohol

7.1. Konsumierst Du regelmässig oder gelegentlich Alkohol?

- Nein Ja, ich trinke gelegentlich Alkohol, aber nie bis zum Rauschzustand
 Ja, ich trinke täglich Alkohol
 Ja, ich habe schon mehrere Alkoholräusche erlebt

7.2. Ist Dein Alkoholkonsum für Dich ein Problem?

- Nein, kein Problem Ja, es ist mir nicht wohl dabei

7.3. Konsumierst Du Alkohol weil auch Deine Kameraden dies tun?

- Nein, das spielt keine Rolle Ja, es ist für mich wichtig
 Ja, ich nehme Alkohol hauptsächlich wenn ich mit Kameraden zusammen bin

8. Drogen

8.1. Konsumierst Du regelmässig oder gelegentlich Drogen?

- Nein Ja, ich habe in letzter Zeit mehrmals Haschisch/
Marihuana genommen
 Ja, ich nehme ab und zu Ecstasy (z.B. an Techno-
Parties)
 Ja, ich habe schon andere Drogen genommen
 Ja, ich habe in letzter Zeit mehrmals Schmerzmittel/
Schlafmittel oder Beruhigungsmittel oder andere
Medikamente als Droge genommen
 Ja, ich nehme harte Drogen (Heroin, Kokain etc.)

8.2. Ist Dein Drogenkonsum für Dich ein Problem?

- Nein, kein Problem Ja, es ist mir nicht wohl dabei

8.3. Konsumierst Du Drogen weil auch Deine Kameraden dies tun?

- Nein, das spielt keine Rolle Ja, es ist für mich wichtig
 Ja, ich nehme Drogen hauptsächlich, wenn ich mit Kameraden zusammen bin

9. Strassenverkehr

9.1. Fährst Du Velo?

- Ja, regelmässig (auch auf dem Schulweg) Nein
 Ja, gelegentlich

9.2. Trägst Du beim Velofahren einen Helm?

- Ja, immer Nein
 Ja, gelegentlich

9.3. Fährst Du Töffli?

- Ja, gelegentlich Nein
 Ja, regelmässig (auch auf dem Schulweg)

10. Zukunft

10.1. Hast Du eine Lehrstelle in Aussicht oder eine weiterführende Schule?

- Ja, welche: _____ Nein

10.2. Hast Du Vorstellungen über Deinen Beruf?

- Ja, ich würde gerne _____ lernen Weiss nicht
 Nein

10.3. Was wäre Dein Traumberuf?

10.4. Macht Dir die Zukunft Angst?

- Nie Ja öfters, weil _____

 Manchmal, weil _____

11. Umwelt

11.1. Findest Du, dass Umwelteinflüsse Deine Gesundheit schädigen oder bedrohen?

- Nein Ja, der Lärm
 Ja, die schlechte Luft manchmal
 Ja, der Strassenverkehr
 Ja, das Trinkwasser
 Ja, das Ozonloch
 Ja, gentechnisch veränderte Lebensmittel
 Ja, Pestizidrückstände auf Obst und Gemüse
 Ja, die immer engeren Freiräume in der Natur
 Alltägliche Gewalt

11.2. Schützt Du Deine Augen vor grellem Sonnenlicht?

- Ja, immer Nein
 Ja, gelegentlich

11.3. Schützt Du Deine Haut vor der Sonne?

- Ja, immer Nein
 Ja, gelegentlich

11.4. Schützt Du Dein Gehör vor zu starken Schallemissionen (in Disco und Walkman)?

- Ja, immer Nein
 Ja, gelegentlich

12. Möchtest Du mit der Schulärztin/dem Schularzt über die beantworteten Fragen sprechen?

- Nein Ja, Fragen-Nummer _____

13. Hast Du weitere Fragen zu den Themen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gewicht | <input type="checkbox"/> Hautausschläge |
| <input type="checkbox"/> Blutdruck | <input type="checkbox"/> Häufiges, schmerzhaftes Wasserlösen |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Bettnässen |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Geschlechtsorgane |
| <input type="checkbox"/> Ohnmacht | <input type="checkbox"/> Sexualität |
| <input type="checkbox"/> Augen/Sehen | <input type="checkbox"/> Kinder haben |
| <input type="checkbox"/> Ohren/Hören | <input type="checkbox"/> Selbstbefriedigung |
| <input type="checkbox"/> Nase/Schnupfen/Riechen | <input type="checkbox"/> Aids |
| <input type="checkbox"/> Mund/Zähne | <input type="checkbox"/> Schlafprobleme |
| <input type="checkbox"/> Rücken/Nacken | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Arme/Beine/Gelenke/Muskulatur | <input type="checkbox"/> Traurigkeit |
| <input type="checkbox"/> Brust | <input type="checkbox"/> Gewalttätigkeit |
| <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Drogen |
| <input type="checkbox"/> Magen/Darm | <input type="checkbox"/> Psychopharmaka |
| <input type="checkbox"/> Essen/Ernährung | <input type="checkbox"/> Vergewaltigung/Missbrauch |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung/Durchfall | <input type="checkbox"/> Krebs |
| <input type="checkbox"/> Mager- und Brechsucht | <input type="checkbox"/> Tod |

14. Hast Du noch andere Fragen, die Du gerne bei der schulärztlichen Untersuchung besprochen hättest?

Vielen Dank fürs Mitmachen und Deine Ehrlichkeit. Du kannst den Fragebogen nochmals durchlesen. Korrekturen sind erlaubt.

Deine Schulärztin/Dein Schularzt