

Mannheimer Jugendlichenfragebogen MEF für 12-16jährige zur J1 und J2

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

ausgefüllt von: _____ am: _____

ANLEITUNG ZUM AUSFÜLLEN!

Kreuze bitte an, ob die unten aufgeführten Probleme bei Dir in den letzten 6 Monaten aufgetreten sind. Mache bitte nur ein Kreuz in jeder Zeile, setze die Kreuze nur auf die Kreise, nicht in die Zwischenräume und lass bitte keine Frage aus. Solltest Du zurzeit Medikamente erhalten, die Dein Verhalten verändern, beantworte bitte die Fragen so, wie Du Dich verhältst, wenn Du keine Medikamente einnimmst.

Ich ...

	stimmt	stimmt nicht
1. habe Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. musste wegen Kopfschmerzen zum Arzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. leide unter asthmatischen Beschwerden oder einer chronischen Bronchitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Mache mir viele Sorgen über meine Gesundheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. habe manchmal nervöse Zuckungen (z.B. Blinzel-, Zwinker-, Räuspertic)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. kann schlecht einschlafen (d.h. liege mehr als eine Stunde wach)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. wache häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen liege mindestens eine Stunde wach)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. muss bei starker Aufregung stottern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. habe mehr als einmal im letzten halben Jahr ins Bett gemacht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. mehr als einmal im letzten halben Jahr eingekotet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. habe meistens nur wenig Appetit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. bin sehr wählerisch beim Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. habe ständig Angst, dick zu werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. habe aufgrund meines Essverhaltens mind. 7kg abgenommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. habe mindestens 10 kg Übergewicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. werde manchmal wegen meines Übergewichtes geärgert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. habe mit meinen Eltern oft Streit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. mache, was ich will, auch wenn meine Eltern anderer Ansicht sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. wurde wegen meines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, einem Ausflug oder Landheimaufenthalt ausgeschlossen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. schwänze manchmal die Schule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. habe starke Angst davor, zur Schule zu gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. streite mich fast jeden Tag mit meinen Geschwistern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. dabei kommt es auch zu ernsthaften Verletzungen, Quälereien oder Drohungen!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. werde von anderen Jugendlichen häufig geärgert, gehänselt, geprügelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. habe Angst vor anderen Jugendlichen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. habe überhaupt keinen Kontakt zu anderen Jugendlichen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. prügle mich manchmal mit anderen Kindern oder Jugendlichen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. wechsle häufig meine Freunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. bin in der Schule leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. bin bei den Hausaufgaben sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. bin bei Regelspielen (Karten- oder Brettspiele) sehr ablenkbar und unkonzentriert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. bin in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. bin bei den Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	stimmt	stimmt nicht
34. bin bei Regelspielen (Karten- oder Brettspiele) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. bin im Straßenverkehr oft unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. bin beim Spielen oft vorschnell, unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. bin beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause oft sehr unüberlegt und vorschnell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. habe fast täglich einen Wutanfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. bin ängstlich, mache mir viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. werde dann manchmal vor lauter Aufregung „krank“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe panische Angst ...		
41. - vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. - allein zuhause zu bleiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. - vor fremden Menschen (z.B. bei einer Einladung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. - vor Blitz, Donner oder Dunkelheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. - vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich ...		
46. bin schon fast übertrieben ordentlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. wasche mir oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. kontrolliere bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach (z.B. dass Türen oder Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. kaue oder reiße so stark die Fingernägel, dass es häufiger zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise freiliegt!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. bin mindestens einmal pro Woche für mindestens drei Stunden traurig oder niedergeschlagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. bin nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn ich traurig bin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. war schon einmal mind. 2 Wochen am Stück traurig oder niedergeschlagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. habe schon einmal ernsthaft daran gedacht, mich umzubringen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. rauche mind. 1 Schachtel Zigaretten pro Woche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56. trinke mehrmals pro Woche Alkohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57. bin mehrmals pro Monat angetrunken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58. habe zuhause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolleres (Wert größer 30 €) gestohlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59. habe schon mindestens fünfmal wertvollere Dinge entwendet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60. habe schon einmal mit Absicht Dinge, die mir nicht gehören, zerstört oder beschädigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61. dabei ist ein Schaden von mindestens 30 € entstanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62. bin schon von zu Hause weggelaufen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63. habe folgende, oben nicht genannte Probleme:		

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Diese Fragen beantwortest **du** selbst

Der J1 Gesundheitscheck ist nicht nur eine Gelegenheit festzustellen, ob du gesund bist, er ist auch ein Angebot zum Gespräch und zum Austausch mit dem Arzt. Dein Körper verändert sich zurzeit stark. Er ist erwachsener. In deinem Alter können gesundheitliche Probleme auftreten, die für deine weitere Entwicklung nicht unwichtig sind und die der Arzt bei der J1 erkennen kann. **Bitte beantworte die nachfolgenden Fragen, sodass dein Arzt bei der Untersuchung und dem Beratungsgespräch besonders gut auf dich eingehen kann.**

Schule

Welche Schule besuchst du? _____ Klasse: _____

Bist du mit der Schule/den Lehrern/deinen Leistungen zufrieden? Ja Nein Geht soFühlst du dich in der Schule und in deiner Klasse wohl? Ja Nein Geht soGibt es Probleme in der Schule? Nein Ja Welche? _____

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 Selten Nein

Freunde

Hast du Freunde in deinem Alter?

 Ja Nein

Kannst du mit deinen Freunden über Probleme reden?

 Ja Selten Nein

Gesundheit

Fühlst du dich gesund? Ja Nein Geht so

Hast du in der letzten Zeit körperliche Beschwerden?

Wenn ja, welche? _____

Sind Erkrankungen oder Allergien bei dir bekannt?

Wenn ja, welche? _____

Hast du Schwierigkeiten beim

Einschlafen oder Durchschlafen? Ja Nein

Warum geht es dir nicht gut? _____

Nimmst du regelmäßig Medikamente ein?

 Ja Nein Welche? _____

Hast du Ängste? Wenn ja, welche? _____

Sport

Betreibst du neben dem Schulsport Sport? Ja Nein Welchen? _____

Deine Einschätzung

Bist du eher fröhlich traurig ruhig ausgelassen aggressivWie zufrieden bist du mit deinem Leben? zufrieden geht so unzufrieden

Deine Einschätzung zu Suchtmitteln (falls du etwas dazu sagen möchtest)

- Zigaretten: nein danke ich rauche selbst Freunde rauchen Dein Kommentar: _____- Alkohol: nein danke hin und wieder häufig Dein Kommentar: _____- Drogen: nein danke schon probiert Freunde probieren Dein Kommentar: _____

Womit verbringst du den größten Teil deiner Freizeit?

- Hobbys Welche? _____- Freunde Familie Computer spielen/chatten Fernsehen Rumhängen, relaxen, chillen Anderes

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

 zufrieden geht so unzufrieden - Warum bist du unzufrieden? _____

Fragen an deinen Arzt/deine Ärztin

Markiere die Themen, über die du mit mir sprechen möchtest. Das Gespräch mit dir unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.

 Fragen zu deiner Gesundheit, zu bestimmten Beschwerden Fragen zu Medikamenten, Alkohol, Drogen, Rauchen od. Sucht Fragen zu anstehenden Impfungen (bei Mädchen z. B. Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs) Ernährungsfragen, -tips Sorgen, Ängste, Stimmungsschwankungen, die dich belasten Probleme in der Schule, in der Familie, im Freundeskreis Fragen zur körperlichen Entwicklung, Pubertät, Aufklärung, Sexualität, Verhütung

Zutreffendes bitte ankreuzen.



Name des Jugendlichen: _____

Geburtsdatum: _____

Diese Fragen beantworten deine Eltern

Heute klagen viele der 13- bis 15-Jährigen über Probleme am Skelettsystem. Bei etwa 15 Prozent der Teenager zeigen sich Auffälligkeiten wie Konzentrationsschwäche, Leistungsschwierigkeiten, Persönlichkeitsdefizite und Motivationsprobleme. Auch Drogenprobleme und Essstörungen beginnen oft in dieser Zeit.

Die J1 Untersuchung gehört zu den **kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen** für Ihr Kind im Alter von 13 bis 15 Jahren. Sie soll zeigen, ob die körperliche Entwicklung in der Pubertät normal verläuft. Zudem wird auch die seelische Situation der Heranwachsenden beleuchtet. In der Pubertät beginnen sich die Jugendlichen meist von den Eltern zu lösen. Oft ist es besser, wenn die Jugendlichen allein zur Untersuchung kommen. Am besten fragen Sie Ihr Kind. Gerne sind wir bereit, uns mit Ihnen zu einem getrennten Gesprächstermin zu verabreden. **Mit dem vorliegenden Fragebogen können Sie die Vorbereitung auf die wichtige J1 Untersuchung erleichtern und uns wichtige Informationen für diese Untersuchung geben.**

Familie

Hat Ihr Kind Geschwister? Wie viele? _____

Liegt eine besondere familiäre Situation vor?

Eltern getrennt? Ja Nein Elternteil verstorben? Ja Nein

Elternteil alleinerziehend? Kind lebt bei der Mutter/beim Vater Anmerkung: _____

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn ein eigenes Zimmer? Ja Nein

Gibt es häufig Anlass zu Auseinandersetzungen? Nein Ja Anlass: _____

Wie schätzen Sie das Vertrauensverhältnis zu Ihrer Tochter/Ihrem Sohn ein? _____ (Skala von 1-6; 1= starkes Vertrauen, 6= geringes Vertrauen)

Rauchen Sie? Mutter: Ja Nein Vater: Ja Nein

Gesundheit des Jugendlichen

Sind im Verlauf der Entwicklung Probleme aufgetreten?

Kleinkindalter Kindergartenalter Schulzeit Wenn ja, welche? _____

Liegen bekannte Erkrankungen/Behinderungen vor?

beim Kind bei den Eltern bei den Geschwistern bei den Großeltern

Wenn ja, welche? _____

Gab es bei Ihrem Kind bisher Operationen? Wenn ja, welche? _____

Nimmt Ihre Tochter/Ihr Sohn regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja Folgende: _____

Wurden bei Ihrem Kind alle erforderlichen Impfungen durchgeführt? Bitte unbedingt den Impfausweis mitbringen!

Ja Nein Nicht bekannt

Verhaltensauffälligkeiten

Bei der Sprache

Ja Nein Kommentar: _____

Bei der seelischen Entwicklung

Ja Nein Kommentar: _____

Im Umgang mit Anderen

Ja Nein Kommentar: _____

Schwierigkeiten in der Schule

Ja Nein Kommentar: _____

Störungen/Schwierigkeiten beim Lernen, Konzentrationsstörungen

Ja Nein Kommentar _____

Schlafstörungen

Ja Nein Kommentar: _____

Essstörungen, Gewichtsprobleme

Ja Nein Kommentar: _____

Angstzustände

Ja Nein Kommentar: _____

Seh- und/oder Hörbehinderungen

Ja Nein Kommentar: _____

Probleme mit Suchtmitteln (Alkohol, Rauchen, Drogen)

Ja Nein Kommentar _____

Allgemeine Entwicklung

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn besondere Talente/Interessen? Nein Ja Folgende: _____

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn Hobbys? Nein Ja Folgende: _____

Ist Ihre Tochter/Ihr Sohn sportlich aktiv? Nein Ja Folgende: _____

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn gleichaltrige Freunde? Nein Ja

Sind Sie mit der Entwicklung Ihrer Tochter/Ihres Sohnes zufrieden? _____ (Skala von 1-6; 1= Sehr, 6= überhaupt nicht)

Sind Sie mit dem schulischen Werdegang Ihrer Tochter/Ihres Sohnes zufrieden? _____ (Skala von 1-6; 1= Sehr, 6= überhaupt nicht)

Welche Fragen würden Sie gerne mit uns besprechen?

