



ARZTPRAXIS HAAKE

Allgemeinmedizin
Sportmedizin

Anästhesiologie - Notfallmedizin - Palliativmedizin

Fragebogen zur Jugendgesundheitsuntersuchung J2

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Du hast dich zur Jugend-Gesundheitsuntersuchung J2 angemeldet.

Wenn du irgendwelche Fragen nicht beantworten, sondern persönlich stellen möchtest, lasse diese aus oder streiche sie durch. Diese Angaben werden auch deinen Eltern gegenüber streng vertraulich behandelt.

Familienvorgeschichte: (hier darfst du auch gerne deine Eltern fragen)

Gibt es bei deinen Eltern, Geschwistern oder Großeltern...

- | | |
|--|---|
| Zuckerkrankheit | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Allergien | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Herzinfarkte, Schlaganfälle (vor dem 55. Lebensjahr) | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Fettstoffwechselstörungen (z.B. Cholesterin) | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Schilddrüsenerkrankungen | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Asthma | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Epilepsie | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Krebserkrankungen | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Andere Erkrankungen | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |



ARZTPRAXIS HAAKE

Allgemeinmedizin
Sportmedizin

Anästhesiologie - Notfallmedizin - Palliativmedizin

Eigene Vorgeschichte:

Wurdest du schon einmal operiert? Ja Nein

Warst du schon einmal ein paar Tage im Krankenhaus? Ja Nein

Hast du Allergien Ja Nein

Wenn ja welche? _____

Hast du Kreislaufprobleme? Ja Nein

Hast du öfters Schmerzen, z.B. im Kopf, Rücken, Brust oder Bauch? Ja Nein

Nimmst du Medikamente ein? Ja Nein

Hast du Fragen oder Bemerkungen zu folgenden Themen?

Gewicht: Ja Nein

Verdauung (Magen, Darm, Erbrechen, Verstopfung, Durchfall) Ja Nein

Kreislauf (Schwindel, Ohnmacht, Herz, Blutdruck) Ja Nein

Arme, Beine, Gelenke, Muskeln, Rücken, (Bewegung, Schmerzen) Ja Nein

Ohren, Hören Ja Nein

Augen, Sehen Ja Nein

Geschlechtsorgane Ja Nein

Verhütung Ja Nein

AIDS Ja Nein

Tod Ja Nein

Drogen (Alkohol, Nikotin, andere) Ja Nein

Computerspiele, Xbox, Nintendo, Playstation (wann ist es zu viel?) Ja Nein

Kopfschmerzen Ja Nein



Könntest Du noch bitte folgende Fragen beantworten:

- Machst du bereits eine Ausbildung? Ja Nein
- Gibt es Probleme in der Schule oder am Ausbildungsplatz Ja Nein
- Gibt es jemanden, mit dem du große Probleme hast? Ja Nein
- Gibt es etwas, was du bei dir ändern möchtest? Ja Nein
- Hast du vor etwas oder jemanden Angst? Ja Nein
- Bist du oft traurig? Ja Nein
- Betrübt dich etwas? Ja Nein
- Rauchst du? Ja Nein
- Trinkst du Alkohol? Ja Nein
- Hast du Erfahrung mit anderen Drogen? Ja Nein
- Langweilst du dich oft? Ja Nein
- Ist das Internet ein Problem für dich? Ja Nein
- Fühlst du dich wohl? Ja Nein
- Ernährst du dich gesund? Ja Nein
- Isst und trinkst du regelmäßig? Ja Nein
- Musst du dich oft nach dem Essen übergeben? Ja Nein
- Musst du nach manchen Lebensmitteln oft auf Toilette? Ja Nein
- Fühlst du dich wohl in deiner Familie? Ja Nein
- Siehst du Probleme bei deinen Eltern? Ja Nein
- Hast du Freunde oder Freundinnen? Ja Nein
- Kannst du gut schlafen? Ja Nein
- Hast du Hobbys? Ja Nein
- Wenn ja, welche? _____
- Treibst du Sport? Ja Nein
- Wenn ja, welchen? _____



ARZTPRAXIS HAAKE

Allgemeinmedizin
Sportmedizin

Anästhesiologie - Notfallmedizin - Palliativmedizin

Spielst du ein Musikinstrument?

Ja Nein

Bist du oft vorm Fernseher, Playstation, Computer

Ja Nein

Welche Schule besuchst du? _____

Wenn du 3 Wünsche frei hättest, was würdest du dir wünschen?

Was kannst du gut? _____

Was macht dir Schwierigkeiten? _____

Was macht dir Sorgen? _____

Worüber könntest du dich richtig aufregen? _____

Was machst du am liebsten? _____

Platz für eigene Anregungen:

Vielen Dank für deine Mühe!

Datum

Unterschrift