

## Fragebogen für Jugendliche zur 14-Jahres-Vorsorgeuntersuchung

Liebe\*r Jugendliche\*r

Bis jetzt haben sich vor allem deine Eltern oder dein Vormund um deine Gesundheit gekümmert. In Zukunft bist du dafür immer mehr selbst verantwortlich. Deine Gesundheit ist zwar deine ganz private Angelegenheit, im Rahmen der letzten Vorsorgeuntersuchung bei deinem Kinderarzt/deiner Kinderärztin hast du aber die Möglichkeit, Fragen, die deine Gesundheit, dein Wohlbefinden und deine Entwicklung betreffen, vertraulich zu besprechen. **Dieser Fragebogen ist als freiwillige Vorbereitung gedacht. Du musst Fragen, die dir nicht passen, nicht beantworten. Es sind Mehrfachantworten möglich. Sämtliche Informationen aus dem Fragebogen unterstehen der ärztlichen Schweigepflicht.**

### Meine Gesundheit ganz allgemein

Wie geht es dir?

Ich fühle mich         Ich fühle mich  
gesund nicht gut

Hast du eine Krankheit oder Behinderung?

- Nein
- Ja, und zwar \_\_\_\_\_

Folgende Medikamente nehme ich regelmässig ein:

- Keine
- 1) \_\_\_\_\_ wie oft: \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_ wie oft: \_\_\_\_\_

Ich habe ein anderes Problem:

\_\_\_\_\_

Wie stehst du zu deinem Körper?

- Ich bin mit meinem Körper zufrieden
- Ich bin mit meinem Körper unzufrieden oder mache mir Sorgen wegen meines Aussehens
- Ich mache mir Sorgen wegen Veränderungen an meinem Körper

Wie fühlst du dich seelisch?

- Ich bin zufrieden
- Ich bin oft wütend und/oder unzufrieden
- Ich bin oft traurig und/oder niedergeschlagen
- Ich fühle mich oft leer und/oder hoffnungslos
- Ich leide oft unter Angstzuständen
- Ich bin oft nervös oder unruhig
- Ich habe Mühe mit Stress umzugehen und das belastet mich

Wie verstehst du dich mit deinen Mitmenschen?

- Ich habe Menschen um mich, mit denen ich mich wohl fühle und ich mich selbst sein kann
- Ich kann gut auf andere Menschen zugehen
- Ich habe Schwierigkeiten, neue Freundschaften zu knüpfen

Kannst du dich mit jemandem aussprechen, wenn du Probleme hast?

- Ja, es gibt eine Person, der ich vertraue und mit der ich über alles reden kann
- Ja, aber ganz über alles sprechen kann ich mit dieser Person nicht (weil: \_\_\_\_\_)
- Ich habe niemanden, der meine Probleme versteht

### Wie geht es dir zu Hause\*?

- Ich gehe gerne nach Hause
- Zu Hause fühle ich mich sicher
- Zu Hause gibt es viel Streit
- Zu Hause habe ich manchmal Angst
- Manchmal mache ich mir über ein Familienmitglied Sorgen
- Ich habe keinen Ort, den ich mein zu Hause nennen kann.

\*Falls du nicht nur an einem Ort zu Hause bist und einer oder mehrere der oberen Punkte nur auf einen Haushalt zutreffen, hast du hier Platz, näher darauf einzugehen, wenn du das möchtest:

---

### Wie geht es dir in der Schule?

- Ich gehe gerne in die Schule
- Der Druck in der Schule ist zu gross
- Es gibt Lehrpersonen, denen ich vertraue
- Es gibt Mobbing in meiner Schule
- Ich erfahre Diskriminierung (wegen Geschlecht, Sexualität, Hautfarbe oder anderem)
- Ich fühle mich sicher in der Schule

### Wie kommst du in die Schule?

---

### Trägst du beim Velofahren einen Helm?

- Ja, immer
- Ich hätte einen Helm, aber ich trage in nicht/nicht immer weil: \_\_\_\_\_
- Ich besitze keinen Helm
- Ich fahre nicht Velo

### Hast du schon Vorstellungen über deine Berufswahl?

- Ja, und zwar \_\_\_\_\_
- Weiss nicht

### Kannst du gut schlafen?

- Ich kann gut einschlafen
- Ich kann gut schlafen
- Ich habe Mühe beim Einschlafen
- Ich bin dauernd müde
- Wieviele Stunden schläfst du durchschnittlich pro Nacht? \_\_\_\_\_ Stunden

## Freizeit – Bewegung – Hobbies

### Wie fit fühlst du dich körperlich?

- Gut bis sehr gut
- Mittelmässig
- Schlecht

	ja, oft	manchmal	selten, nein
Treibst du Sport in der Freizeit? Welchen? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pflegst du ein Hobby? Welches/-e? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hast du zu Hause Ämtli/Pflichten? Welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist dir häufig langweilig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Wieviel Zeit verbringst du mit sozialen Medien (Computer, Handy/Smartphone, Gamekonsolen, etc.)?

- \_\_\_\_\_ Stunden pro Tag
- Es fällt mir schwer, offline zu gehen
- Ich habe schon mal Bedrohung aus dem Internet erlebt

### Wie stehst du zu deiner Ernährung?

- Ich habe ein entspanntes Verhältnis zu Essen
- Ich mache mir viel Gedanken über mein Essverhalten
- Ich kontrolliere mein Essverhalten
- Unzufriedenheit oder Unsicherheit bezüglich meiner Figur haben Einfluss auf mein Essverhalten

### Möchtest du deine Ernährungsgewohnheiten ändern?

- Ja
- Nein
- Ich wäre froh um Hilfe

### Wir essen regelmässig am Familientisch

- Ja
- Nein

## Liebe – Sexualität – Verhütung

	Ja	Nein
Warst du schon einmal verliebt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kannst du mit jemandem über Liebe und Sex reden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bist du ausführlich aufgeklärt worden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, von wem? (z.B. Schule, Eltern etc.) _____		
Kannst du anderen gegenüber deine Bedürfnisse aussprechen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kannst du für deine Bedürfnisse eintreten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fühlst du dich über die Themen Sexualität und Sex gut informiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hast du sonst Fragen:		
- zur Pubertät oder zu deiner körperlichen Entwicklung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- zu deiner Sexualität, sexuellen Orientierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- zu deiner Geschlechtsidentität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- zur Schwangerschaftsverhütung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- zum Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen (z.B. HIV/AIDS, Hepatitis, HPV, Chlamydien)?
- zur Selbstbefriedigung
- Möchtest du Informationen zum Kondom/Präservativ?

### Fühltest du dich schon mal sexuell bedrängt oder belästigt?

- Nein, nie
- Ja, aber die Situation ist für mich geklärt (z.B. durch Unterstützung durch eine Vertrauensperson) und ich habe kein Bedürfnis beim anstehenden Termin darüber zu sprechen.
- Ja und ich würde gern mit einer Person darüber sprechen, die nicht zu meiner Familien-/oder meinem Freundeskreis gehört.

Pornographie, Missbrauch und sexualisierte Gewalt sind wichtige Themen. Es kann jedoch schwerfallen, von sich aus darüber zu sprechen. Setze bei den folgenden Kästchen ein Häkchen, falls du Fragen hast und dein Arzt/deine Ärztin beim anstehenden Termin das Gespräch dazu eröffnen darf.

- Ich habe Fragen zu Pornographie oder möchte darüber sprechen
- Ich habe Fragen zu Grenzüberschreitungen und Missbrauch
- Ich habe Fragen zu sexualisierter Gewalt

### Für Jugendliche mit weiblichen Geschlechtsmerkmalen:

- |                                   |   | Ja                    | Nein                  |
|-----------------------------------|---|-----------------------|-----------------------|
| Hast du Fragen:                   | - zu den Körperveränderungen die du erlebst oder von anderen mitbekommst? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|                                   | - Zu den Geschlechtsorganen?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|                                   | - Zur Periode/ Menstruation?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hast du die erste Periode gehabt? |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn Ja wann? _____               |   |                       |                       |

### Für Jugendliche mit männlichen Geschlechtsmerkmalen:

- |  |   | Ja                    | Nein                  |
|--|---|-----------------------|-----------------------|
| Hast du Fragen:  | - zu den Körperveränderungen die du erlebst oder von anderen mitbekommst? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | - Zu den Geschlechtsorganen (Penis/Hoden)?                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Weisst du, wie du selber deine Hoden untersuchen kannst und wieso? |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Falls bei dir weder die Bezeichnung von weiblichen noch männlichen Geschlechtsmerkmalen passt und du Fragen zu Intergeschlechtlichkeit hast, dann hast du hier Platz dafür:

---

## Rauchen – Alkohol – Drogen

### Rauchst du zurzeit?

- Jeden Tag
- Mindestens einmal in der Woche, aber nicht jeden Tag
- Weniger als einmal in der Woche
- Ich rauche nicht

### Hast du dir schon überlegt, mit dem Rauchen aufzuhören?

- Ja
- Nein
- Ich wäre froh um Hilfe

### Wie ist dein Alkoholkonsum?

- Ich trinke keinen Alkohol
- Ich trinke gelegentlich Alkohol
- Ich trinke mindestens wöchentlich Alkohol
- Ich habe schon mehr als einen Alkoholrausch erlebt

**Konsumierst du Drogen?**

- Nein
- Ja, ich habe im letzten Jahr mehr als 5x Cannabis/Haschisch konsumiert
- Ja, ich habe schon andere Drogen genommen.

Welche? \_\_\_\_\_

**Hattest du auch schon Probleme im Zusammenhang mit Alkohol- oder Drogenkonsum?**

- Ja
- Nein

**Hast du weitere Fragen zu den folgenden Themen?**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Gewicht                | <input type="radio"/> Brust                       | <input type="radio"/> Konzentrationsprobleme    |
| <input type="radio"/> Blutdruck              | <input type="radio"/> Herz                        | <input type="radio"/> Depression                |
| <input type="radio"/> Kopfschmerz            | <input type="radio"/> Magen/Darm                  | <input type="radio"/> Ängste                    |
| <input type="radio"/> Schwindel              | <input type="radio"/> Essen/Ernährung/Esstörungen | <input type="radio"/> Drogen                    |
| <input type="radio"/> Ohnmacht               | <input type="radio"/> Verstopfung/Durchfall       | <input type="radio"/> Selbstverletzung          |
| <input type="radio"/> Augen/Sehen            | <input type="radio"/> Hautausschläge              | <input type="radio"/> Suizid                    |
| <input type="radio"/> Ohren/Hören            | <input type="radio"/> Wasserlösen                 | <input type="radio"/> Vergewaltigung/Missbrauch |
| <input type="radio"/> Nase/Schnupfen/Riechen | <input type="radio"/> Bettnässen                  | <input type="radio"/> Sexuelle Belästigung      |
| <input type="radio"/> Rücken/Nacken          | <input type="radio"/> Schlafprobleme              | <input type="radio"/> Gewalt                    |
| <input type="radio"/> Arme/Beine             | <input type="radio"/> Müdigkeit                   | <input type="radio"/> Tod                       |
| <input type="radio"/> Gelenke/Muskeln        | <input type="radio"/> Traurigkeit                 | <input type="radio"/> Krebs                     |

**Hast du sonst Fragen, die du gerne mit deiner Ärztin/deinem Arzt besprechen möchtest?**

---



---



---



---



---