



## Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung **2** (16-17 Jahre)

Hier bitte ich Sie um einige Auskünfte. Ihre Antworten bleiben vertraulich, d.h. sie werden an niemanden weitergegeben. Wenn Sie bestimmte Fragen nicht beantworten möchten, ist das o.k. Machen Sie bitte nur ein Kreuz in jede Zeile. Setzen Sie die Kreuze nur auf die Kreise, nicht in die Zwischenräume.

### 1. Familienvorgeschichte: (hierzu können Sie auch Ihre Eltern befragen)

#### Gibt es bei Ihren 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. hohes 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

### 2. Eigene Vorgeschichte:

#### Gibt es in Ihrer eigenen Vorgeschichte

Operationen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Krankenhausaufenthalte?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Allergien?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Kreislaufprobleme?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schmerzen (Kopf-, Rücken-, Brust-, Bauch-)?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

### 3. Haben Sie Fragen oder Bemerkungen zu folgenden Themen?

Gewicht	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Verdauung (Magen, Darm, Erbrechen, Verstopfung, Durchfall)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Kreislauf (Schwindel, Ohnmacht, Herz, Blutdruck)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Arme, Beine, Gelenke, Muskeln, Rücken, Nacken	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ohren, Hören	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Augen, Sehen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Geschlechtsorgane	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Verhütung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
AIDS	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Tod	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Drogen (Alkohol, Nikotin, andere)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Computerspiele	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

### 3: (Fortsetzung): Haben Sie Fragen oder Bemerkungen zu folgenden Themen?

Kopfschmerzen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hautausschläge	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Bettnässen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Mund, Zähne	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Müdigkeit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Gewalttätigkeit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schlafprobleme	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ernährung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie andere Fragen, die Sie gerne mit mir besprechen möchten?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

### 4: Wenn Sie mir jetzt noch diese Fragen beantworten könnten, wäre dies eine große Hilfe:

Machen Sie bereits eine Ausbildung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Gibt es Probleme in der Schule oder am Ausbildungsplatz?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Gibt es jemanden, mit dem Sie große Probleme haben?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Gibst es etwas, was Sie bei sich ändern möchten?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie vor etwas Angst?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sind sie oft traurig?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Betrübt Sie etwas?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Rauchen Sie?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Trinken Sie Alkohol?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie Erfahrung mit anderen Drogen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Langweilen sie sich oft?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ist das Internet für Sie ein Problem?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Kommen Sie mit sich gut zurecht?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sind Sie mit Ihrer Ernährung zufrieden?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Fühlen Sie sich in Ihrer Familie wohl?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sehen Sie Probleme bei Ihren Eltern?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie Freunde/Freundinnen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Können Sie gut schlafen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Welche Schule besuchen Sie?
Wenn Sie drei Wünsche frei hätten, was würden Sie sich dann wünschen?
Was haben Sie für Hobbys?
Was würden Sie Ihrer allgemeinen Gesundheit für eine Note geben (1-6)?
Was können Sie gut?
Was macht Ihnen Freude?
Was macht Ihnen Mühe?
Was macht Ihnen Sorgen?
Worüber könnten Sie sich richtig aufregen?

Vielen Dank!

Ich weiß, dass Sie sich jetzt viel Mühe gegeben haben. Damit helfen Sie, dass die Vorsorgeuntersuchung für Sie erfolgreich verläuft und Sie hinterher das gute Gefühl haben, etwas für Ihre Gesundheit getan zu haben.