



**Liebe Patientin, lieber Patient,**

Sie möchten an der Gesundheitsuntersuchung teilnehmen. Bitte füllen Sie daher den Fragebogen aus, sodass wir im persönlichen Gespräch besser auf Ihre Anliegen und möglichen Gesundheitsrisiken eingehen können.

**Für die Gesundheitsuntersuchung bringen Sie bitte folgende Unterlagen mit (sofern vorhanden):**

**Impfpass, aktuelle Medikation, ggf. weitere Behandlungsunterlagen (Laborbefunde, Röntgenbefunde, ...)**

Altersgruppe: J2 (16-17)

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Hobbys: \_\_\_\_\_

Aktuelle Schul- oder Berufsausbildung: \_\_\_\_\_

Schul- oder Berufsausbildungsstätte: \_\_\_\_\_

Telefon (optional): \_\_\_\_\_

Emailadresse: \_\_\_\_\_

1. Ich habe selten oder nie Kopfschmerzen  ja  nein
2. Ich mache mir eigentlich keine Sorgen um meine Gesundheit  ja  nein
3. Ich kann meistens gut schlafen  ja  nein
4. Ich bin wenig wählerisch beim Essen  ja  nein
5. Ich bin mit meiner Figur und meinem Körper zufrieden  ja  nein
6. Ich verstehe mich mit meinen Eltern meistens gut  ja  nein

7. Ich verstehe mich mit meinen Geschwistern meistens gut  ja  nein
8. Ich gehe regelmäßig meistens ganz gern zur Schule  ja  nein
9. Ich komme in der Schule gut klar  ja  nein
10. Ich habe guten Kontakt zu anderen Jugendlichen  ja  nein
11. Ich habe einige langjährige Freundschaften  ja  nein
12. Ich schaue meist unbesorgt in die Zukunft  ja  nein
13. Ich bin oft und unbegründet über Tage traurig gestimmt  ja  nein
14. Ich mache regelmäßig Sport in der Schule  ja  nein
15. In meiner Freizeit bin ich sportlich aktiv  ja  nein
16. ich habe Hobbys, den ich in meiner Freizeit nachgehen  ja  nein
17. Ich beschäftige mich regelmäßig mit Computer, Fernsehen, Handy Ca. \_\_\_\_\_ Stunden am Tag
18. Ich habe Pläne und Ideen bezüglich meiner beruflichen Zukunft  ja  nein
19. Über die Frage der Verhütung und oder Schutz vor Aids habe ich mich bereits ausreichend informiert  ja  nein
20. Rauchst du, trinkst du Alkohol oder nimmst du (andere) Drogen  ja  nein