

Gesundheits-Check-up

Fragebogen zur Vorbereitung auf die schulärztliche Reihenuntersuchung im 2. Oberstufenjahr

Bitte ankreuzen:

- Weiblich — — Männlich
 Sekundarschule Realschule Kantonsschule Andere

Liebe Jugendliche, lieber Jugendlicher

Bist du gesund? Geht es dir gut? Trägst du dir Sorge?

Dieser Fragebogen ...

- ... soll dir helfen, über dich und deine Gesundheit nachzudenken
- ... soll dich auf das Gespräch mit der Schulärztin/dem Schularzt vorbereiten
- ... wirft bei dir vielleicht Fragen auf, die du besprechen möchtest
- ... zeigt uns, was dich und andere Jugendliche beschäftigt

Wichtig !

Der Fragebogen wird **anonym** (ohne Namen) ausgefüllt!
Somit kannst du auch bei persönlichen Fragen **ganz ehrlich** antworten.

⇒ Der Fragebogen kommt zum Amt für Gesundheit.

Auf dem **Auswertungsblatt** kannst du deine Fragen auswerten. Das Resultat ist nur gültig, wenn du alle Fragen ehrlich beantwortest.

⇒ Das Auswertungsblatt bringst du zur schulärztlichen Untersuchung mit. Der Ärztin oder dem Arzt kann es als Gesprächsgrundlage und dir als Erinnerungshilfe für mögliche Fragen dienen.

Anleitung zum Ausfüllen:

A) Umkreise im Fragebogen die Zahl vor der Antwort, welche am besten auf dich zutrifft

① sehr ② **ziemlich** ③ eher nicht ④ gar nicht

B) Zähle die Zahlen in jedem Frageblock zusammen und übertrage das Total auf das Auswertungsblatt

Wohlbefinden

7 - 11

11 - 18

19 - 28

C) Tauchen beim Ausfüllen Fragen auf, notiere diese auf dem Auswertungsblatt

Hier kannst du Fragen aufschreiben, die du den Arzt oder die Ärztin fragen möchtest:

Wohlbefinden

- Fühlst du dich gesund und zufrieden?**
① sehr ② ziemlich ③ eher nicht ④ gar nicht
- Bist du traurig oder unglücklich?**
① nie ② selten ③ häufig ④ fast immer
- Hast du Schmerzen: Bauchweh, Kopfweg, Rückenschmerzen? Andere:** _____
① nie ② selten ③ häufig ④ fast immer
- Kannst du gut einschlafen und durchschlafen?**
① fast immer ② häufig ③ selten ④ nie
- Kannst du dich für die Schule und das Lernen motivieren?**
① fast immer ② häufig ③ selten ④ nie
- Bist du mit deinem Aussehen zufrieden?**
① sehr ② ziemlich ③ eher nicht ④ gar nicht
- Wenn du könntest, würdest du etwas an deinem Aussehen ändern?**
① nein ② Ja. Was? _____

Zutreffendes unterstreichen.

Total Punkte: _____

Genuss- & Suchtmittel

Konsumierst du...

- ...Zigaretten?** ① nie ② mal probiert ③ ab und zu ④ regelmässig
- ...E-Zigaretten oder E-Shisha?** ① nie ② mal probiert ③ ab und zu ④ regelmässig
- ...Wasserpfeife (Shisha) oder Snus?** ① nie ② mal probiert ③ ab und zu ④ regelmässig
- Kiffst du?** ① nie ② mal probiert ③ ab und zu ④ regelmässig
- Trinkst du Alkohol?** (Alleine oder mit Kolleg*innen) ① nie ② mal probiert ③ ab und zu ④ regelmässig
- Konsumierst du andere Drogen?** ① nie ② mal probiert ③ ab und zu ④ regelmässig
Wenn ja, welche? _____
- Konsumieren andere Jugendliche, die du regelmässig triffst, Suchtmittel?** ① nein ③ ja
Wenn ja was? Rauchen Alkohol trinken Kiffen Anderes _____
- Fühlst du dich über die Wirkung und Risiken von Suchtmitteln gut informiert?**
 sehr gut eher gut nicht sehr gut gar nicht gut

regelmässig =
mehrmals pro Woche.

Total Punkte: _____

Ausgrenzung, Mobbing & Gewalt

- Fühlst du dich von den anderen akzeptiert, so wie du bist?**
① immer ① meistens ② selten ③ nie
- Fühlst du dich von den anderen ausgeschlossen?**
① nie ② manchmal ③ häufig ④ sehr häufig
- Haben dich andere schon ernsthaft beleidigt, verletzt oder bedroht?**
① nie ② einmal ③ einige Male ④ immer wieder
- Hast du andere schon ernsthaft beleidigt, verletzt oder bedroht?**
① nie ② einmal ③ einige Male ④ immer wieder
- Hat man dir schon ernsthafte körperliche Gewalt angetan?**
① nie ② einmal ③ einige Male ④ immer wieder
- Hast du anderen schon ernsthafte körperliche Gewalt angetan?**
① nie ② einmal ③ einige Male ④ immer wieder
- Wurdest du schon ernsthaft mit Worten sexuell belästigt?**
(z.B. unangenehme Kommentare zu deinen Geschlechtsorganen, deinem Körper oder Sex)
① nie ② einmal ③ einige Male ④ immer wieder
- Kam dir schon jemand körperlich zu nahe, so dass du dich belästigt und unwohl gefühlt hast?**
① nie ② einmal ③ einige Male ④ immer wieder

ernsthaft =
es hat dich belastet,
wütend oder traurig
gemacht.

Wichtig
Bleibe nicht alleine, wenn du
von **Mobbing, Gewalt oder Miss-**
brauch betroffen bist!

Sprich mit dem Arzt/der Ärztin oder
einer anderen erwachsenen Ver-
trauensperson darüber oder melde
dich bei einer
Beratungsstelle.

Total Punk-
te: _____

Bewegung, Ernährung & Gesundheitsschutz

24. Treibst du in deiner Freizeit Sport?

① mehrmals pro Woche ② 1x pro Woche ③ 1x pro Monat ④ seltener Wenn ja, was? _____

25. Isst du ein Frühstück und/oder ein Znüni?

① immer ② häufig ③ eher selten ④ nie

26. Ernährst du dich deiner Meinung nach gesund?

① immer ② häufig ③ eher selten ④ nie

27. Was trinkst du hauptsächlich? _____

28. Wie häufig putzt du in der Regel deine Zähne? _____

29. Ist es dir häufig langweilig?

① nie ② manchmal ③ häufig ④ sehr häufig

30. Wie häufig kommt es vor, dass du länger online bist, als du eigentlich wolltest?

① nie ② manchmal ③ häufig ④ sehr häufig

Womit verbringst du online am meisten Zeit? _____

Bist du auch nachts online (nach 23 Uhr)? Nein Ja. Wie oft? _____

Schützt du...

31. ...deine Haut bei starker Sonne?

① immer ② häufig ③ selten ④ nie

32. ...deine Ohren bei sehr lauter Musik?

① immer ② häufig ③ selten ④ nie

33. ...deinen Kopf beim Velofahren mit Helm?

① immer ② häufig ③ selten ④ nie

34. Weisst du, weshalb es Impfungen gibt?

nein Ja? Erkläre: _____

Total Punkte: _____

Pubertät & Sexualität

35. Macht dir etwas Sorgen wegen deiner körperlichen Entwicklung?

① nein ③ Ja

Wenn ja, was? Wachstum Figur Pickel Stimmbruch Penis Hoden Vorhaut Samenerguss
 Scheide Brust Weissfluss Periode

Anderes: _____

36. Fühlst du dich über Verhütung gut informiert?

① sehr gut ② eher gut ③ nicht sehr gut ④ gar nicht gut

Nenne alle Verhütungsmittel, die du kennst: _____

37. Fühlst du dich über den Schutz vor Geschlechtskrankheiten gut informiert?

① sehr gut ② eher gut ③ nicht sehr gut ④ gar nicht gut

Nenne alle Geschlechtskrankheiten, die du kennst: _____

Gegen welche Geschlechtskrankheiten, kann man sich impfen lassen? _____

38. Hattest du schon Geschlechtsverkehr?

noch nie einmal schon einige Male schon oft

39. Fühlst du dich über Sexualität gut aufgeklärt?

③ nein ① ja

Von wem/was? Eltern Schule Internet Aufklärungsbücher Kolleg*innen

Andere, nämlich: _____

Wichtig

Du kannst dazu dem Schularzt/der Schularztin Fragen stellen. Schreibe diese auf dein Auswertungsblatt.

Total Punkte: _____

Herausgeber

Amt für Gesundheit
Kinder- und Jugendgesundheit
Aegeristrasse 56
6300 Zug

Die anonym ausgefüllten Fragebogen werden von uns für eine zusammenfassende Rückmeldung an die beteiligten Schulen sowie Schulärztinnen und Schulärzte ausgewertet.

Copyright

© 2015 Amt für Gesundheit, Kinder- und Jugendgesundheit
4., überarbeitete Auflage Oktober 2019