



Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion  
Kantonsarztamt  
Schulärztlicher Dienst

## Fragebogen für Jugendliche

Liebe Schülerin  
Lieber Schüler

Demnächst findet die obligatorische schulärztliche Untersuchung durch die Schulärztin/den Schularzt statt.

Bis jetzt haben sich vor allem deine Eltern um deine Gesundheit gekümmert. In Zukunft bist du dafür immer mehr selbst verantwortlich.

Deine Gesundheit ist zwar deine ganz private Angelegenheit. Wir machen dir jedoch das Angebot, anlässlich der schulärztlichen Untersuchung Fragen, die deine Gesundheit, dein Wohlbefinden und deine Entwicklung betreffen, vertraulich zu besprechen.

Dieser Fragebogen ist als freiwillige Vorbereitung für das Beratungsgespräch mit der Schulärztin/dem Schularzt zu verstehen. Nimm dir Zeit dafür. Du musst Fragen, die dir nicht passen nicht beantworten. Wichtig zu wissen: **Der Fragebogen bleibt in deinem Besitz und sämtliche Informationen aus dem Fragebogen unterstehen der ärztlichen Schweigepflicht.**

Vergiss bitte nicht mitzunehmen:

- diesen ausgefüllten **Fragebogen** in einem Briefumschlag
- eine eventuell vorhandene **Brille**
- den **Impfausweis**
- die **schriftliche Einwilligung** deiner Eltern auf dem entsprechenden Formular «Freiwillige Impfungen» und den Krankenkassenausweis, falls nötige freiwillige Impfungen gleich durchgeführt werden.

---

### Kreuze die passenden Antworten an (mehrere Antworten sind möglich!!!)



Wie geht es dir?

- Ich fühle mich völlig gesund
- Ich fühle mich im Moment etwas «angeschlagen»

Leidest du an einer Krankheit oder Behinderung? \_\_\_\_\_

- Ich habe oft Schmerzen oder andere unangenehme Empfindungen
- Nimmst du regelmässig Medikamente ein?

Ich habe ein anderes Problem \_\_\_\_\_

Bist du mit deinem Körper zufrieden?

- Ich bin zufrieden
- Ich 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 «hässig» und unzufrieden
- Ich bin oft traurig und niedergeschlagen
- Ich fühle mich oft leer und hoffnungslos
- Ich leide oft unter Angstzuständen
- Ich bin «nervös», finde keine Ruhe
- Ich habe Mühe mit Stress umzugehen und das belastet mich

Wie verstehst du dich mit deinen Mitmenschen?

- Ich kann gut auf andere Menschen zugehen
- Ich habe Schwierigkeiten, Freunde zu finden

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

- Ich habe jemanden, mit dem ich über alles reden kann
- 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

Wie geht es dir in der Schule?

- Ich gehe gerne
- Der Druck in der Schule ist zu gross
- Es gibt Lehrpersonen, denen ich vertraue
- Es gibt Mobbing in meiner Schule
- Ich fühle mich sicher in der Schule

Kannst du gut schlafen?

- Ich kann gut einschlafen
- Ich kann gut schlafen
- Ich bin dauernd müde

Wieviele Stunden schläfst du durchschnittlich pro Nacht? \_\_\_\_\_ Stunden



Wie fit fühlst du dich?

- Gut bis sehr gut
- Mittelmässig
- Schlecht

	ja, oft	manchmal	selten, nein
Treibst du Sport in der Freizeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegst du ein Hobby?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____			
Fühltest du dich in deiner Freizeit schon bedroht oder sexuell bedrängt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast du zu Hause Ämtli/Pflichten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____			
Ist es dir häufig langweilig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wieviel Zeit verbringst du am TV, mit neuen Medien

(Computer, Handy/Smartphone, Gamekonsolen, usw.)? \_\_\_\_\_ Stunden pro Tag

- Fällt es dir leicht offline zu gehen?
- Hast du schon Bedrohung aus dem Internet erlebt?

Hast du mit der Ernährung irgendein Problem?

- Nein
- Ich esse zu viel
- Ich esse zu wenig
- Ich esse zu viel ungesunde und zu wenig gesunde Sachen
- Ich bin mit meiner Figur unzufrieden

Möchtest du deine Ernährungsgewohnheiten ändern?

- Ja
- Nein
- Ich wäre froh um eine Hilfe

Wir essen regelmässig am Familientisch



	ja	nein
Kannst du mit jemandem ernsthaft über Liebe und Sex reden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bist du ausführlich aufgeklärt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, von wem? <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Andere		
Fühlst du dich über das Thema Sex gut informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fällt es dir leicht deine Bedürfnisse zu formulieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fällt es dir leicht deine Bedürfnisse durchzusetzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast du Fragen		
— zur Pubertät oder zu deiner körperlichen Entwicklung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— zu deiner Sexualität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— zur Schwangerschaftsverhütung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— zum Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen (z.B. HIV/AIDS, Hepatitis, HPV, Chlamydien, usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— zur Selbstbefriedigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchtest du Infos zum Kondom/Präservativ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Für Mädchen</b>		
Hast du Fragen		
— zu den Körperveränderungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— zur Periode/Menstruation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast du die erste Periode gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Für Jungen</b>		
Hast du Fragen		
— zu den Körperveränderungen (z.B. Brust bei Jungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— zu den Geschlechtsorganen (Penis, Hoden)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Rauchst du zur Zeit?

- 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 eine 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 genommen
- Ja, ich habe schon andere Drogen genommen

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

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

- Ja
- Nein

Wie kommst du in die Schule? \_\_\_\_\_

Trägst du beim Velofahren einen Helm?

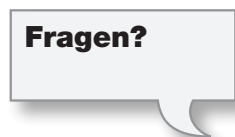
- Ja, immer
- Nein, das stört mich

Weißt du, dass beim Velo- oder Töfflifahren dieselben Alkohol- und Drogengrenzwerte gelten wie beim Autofahren?

- Ja
- Nein

Hast du schon Vorstellungen über deine Berufswahl?

- Ja, ich würde gerne \_\_\_\_\_ lernen
- Weiss nicht
- Nein



Hast du weitere Fragen zu den folgenden Themen?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gewicht                    | <input type="checkbox"/> Herz                  | <input type="checkbox"/> Drogen                    |
| <input type="checkbox"/> Blutdruck                  | <input type="checkbox"/> Magen/Darm            | <input type="checkbox"/> Selbstmord                |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen              | <input type="checkbox"/> Essen/Ernährung       | <input type="checkbox"/> Vergewaltigung/Missbrauch |
| <input type="checkbox"/> Schwindel                  | <input type="checkbox"/> Verstopfung/Durchfall | <input type="checkbox"/> Tod                       |
| <input type="checkbox"/> Ohnmacht                   | <input type="checkbox"/> Hautausschläge        | <input type="checkbox"/> Krebs                     |
| <input type="checkbox"/> Augen/Sehen                | <input type="checkbox"/> Wasserlösen           | <input type="checkbox"/> Anderes                   |
| <input type="checkbox"/> Ohren/Hören                | <input type="checkbox"/> Bettnässen            | _____  |
| <input type="checkbox"/> Nase/Schnupfen/Riechen     | <input type="checkbox"/> Schlafprobleme        | _____  |
| <input type="checkbox"/> Rücken/Nacken              | <input type="checkbox"/> Müdigkeit             | _____  |
| <input type="checkbox"/> Arme/Beine/Gelenke/Muskeln | <input type="checkbox"/> Traurigkeit           | _____  |
| <input type="checkbox"/> Brust                      | <input type="checkbox"/> Gewalt                | _____  |

Hast du noch andere Fragen, die du gerne bei der schulärztlichen Untersuchung besprechen möchtest?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_