## Was passiert bei der J1?

Die **J1** wird vom Kinder- und Jugendarzt oder dem Hausarzt durchgeführt und ist mehr als eine rein körperliche Untersuchung. Die **J1** ist auch ein Angebot zum Gespräch. Unter dem Schutz der ärztlichen Schweigepflicht kannst du mit einer unabhängigen und fachkundigen Person Fragen zu Verhütung, Gesundheitsproblemen, Drogenkonsum, Ernährung, Problemen in der Schule oder im Elternhaus besprechen. Du kannst allein, mit deinen Eltern oder auch mit Freunden kommen.

### Ablauf der J1

- **Terminabsprache**
- **Ausfüllen der Fragebögen für die Jugendlichen und für die Eltern**
- **Überprüfen des Impfausweises: Ist der Impfschutz ausreichend?**

### Körperliche Untersuchung:

- Messen von Blutdruck und Puls
- Feststellen des Gewichts, der Körpergröße, des BMI und der körperlichen Entwicklung
- Abhören der Lunge, Überprüfung der Atmung
- Kontrolle der Schilddrüse
- Untersuchung des Skelettsystems und der Muskulatur (Haltungsschäden)
- Untersuchung der Haut
- Blut- und Urinuntersuchung
- Hör- und Sehtest

### Mit dem Arzt kannst du ein vertrauliches Gespräch über deine Fragen, Sorgen und Probleme führen.

Das Beratungsgespräch unterliegt der Schweigepflicht, auch wenn du noch nicht 18 Jahre alt bist. Es liegt an dir, zu entscheiden, ob du ein abschließendes Arztgespräch allein, gemeinsam mit deinen Eltern oder mit einem Elternteil führen möchtest.

### Infos zu Impfungen

Impfungen schützen nicht nur den Geimpften selbst vor schweren Infektionen, sondern auch Freunde, die Familie und Kleinkinder in der Umgebung. Später schützen junge Eltern ihre Neugeborenen.
Daher ist es bei der J1 wichtig zu überprüfen, ob der Impfschutz, z. B. gegen Keuchhusten, Hepatitis B, Masern, Mumps oder Röteln, ausreicht.

Mädchen können heute ab einem Alter von 12 Jahren durch eine dreimonatige Impfung gegen das spätere Auftreten von Gebärmutterhalskrebs weitgehend geschützt werden. Die Kosten der Impfung werden von der Krankenkasse übernommen, wenn die Impfung bis zum 18. Geburtstag erfolgt ist.
*Sprich mit deinem Arzt darüber!*

Name: _____ Geburtsdatum: _____

## Diese Fragen beantworten deine Eltern

Heute klagen viele der 13- bis 15-Jährigen über Probleme am Skelettsystem. Bei etwa 15 Prozent der Teenager zeigen sich Auffälligkeiten wie Konzentrationsschwäche, Leistungsschwierigkeiten, Persönlichkeitsdefizite und Motivationsprobleme. Auch Drogenprobleme und Essstörungen beginnen oft in dieser Zeit.
Die **J1-Untersuchung** gehört zu den **kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen** für Ihr Kind im Alter von 13 bis 15 Jahren.

Sie soll zeigen, ob die körperliche Entwicklung in der Pubertät normal verläuft. Zudem wird auch die seelische Situation der Heranwachsenden beleuchtet. In der Pubertät beginnen die Jugendlichen meist, sich von den Eltern zu lösen. Oft ist es besser, wenn die Jugendlichen allein zur Untersuchung kommen. Am besten fragen Sie Ihr Kind. Gerne sind wir bereit, uns mit Ihnen zu einem getrennten Gesprächstermin zu verabreden.
**Mit dem vorliegenden Fragebogen können Sie die Vorbereitung auf die wichtige J1-Untersuchung erleichtern und uns wesentliche Informationen für diese Untersuchung geben.**

## Familie

Zutreffendes bitte ankreuzen.

**Hat Ihr Kind Geschwister?** Wie viele? _____

**Liegt eine besondere familiäre Situation vor?** Eltern getrennt? ☐ Ja ☐ Nein Ist ein Elternteil verstorben? ☐ Ja ☐ Nein

**Ist ein Elternteil alleinerziehend?** Kind lebt ☐ bei der Mutter ☐ beim Vater Anmerkung: _____

**Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn ein eigenes Zimmer?** ☐ Ja ☐ Nein

**Gibt es häufig Anlass zu Auseinandersetzungen?** ☐ Nein ☐ Ja Anlass: _____

**Wie schätzen Sie das Vertrauensverhältnis zu Ihrer Tochter/Ihrem Sohn ein?** ____ (Skala von 1 bis 6; 1 = starkes Vertrauen, 6 = geringes Vertrauen)

**Rauchen Sie?** Mutter: ☐ Ja ☐ Nein Vater: ☐ Ja ☐ Nein

## Gesundheit des Jugendlichen

**Sind im Verlauf der Entwicklung Probleme aufgetreten?**

☐ Kleinkindalter ☐ Kindergartenalter ☐ Schulzeit Wenn ja, welche? _____

**Liegen bekannte Erkrankungen/Behinderungen vor?**

☐ Beim Kind ☐ Bei den Eltern ☐ Bei den Geschwistern ☐ Bei den Großeltern

Wenn ja, welche? _____

**Gab es bei Ihrem Kind bisher Operationen?** Wenn ja, welche? _____

**Nimmt Ihre Tochter/Ihr Sohn regelmäßig Medikamente ein?** ☐ Nein ☐ Ja Folgende: _____

**Wurden bei Ihrem Kind alle erforderlichen Impfungen durchgeführt?** Bitte unbedingt den Impfausweis mitbringen!

☐ Ja ☐ Nein ☐ Nicht bekannt

## Verhaltensauffälligkeiten

**Bei der Sprache**
☐ Ja ☐ Nein Kommentar: _____

**Bei der seelischen Entwicklung**
☐ Ja ☐ Nein Kommentar: _____

**Im Umgang mit Anderen**
☐ Ja ☐ Nein Kommentar: _____

**Schwierigkeiten in der Schule**
☐ Ja ☐ Nein Kommentar: _____

**Störungen/Schwierigkeiten beim Lernen, Konzentrationsstörungen**
☐ Ja ☐ Nein Kommentar: _____

**Schlafstörungen**
☐ Ja ☐ Nein Kommentar: _____

**Essstörungen, Gewichtsprobleme**
☐ Ja ☐ Nein Kommentar: _____

**Angstzustände**
☐ Ja ☐ Nein Kommentar: _____

**Seh- und/oder Hörbehinderungen**
☐ Ja ☐ Nein Kommentar: _____

**Probleme mit Suchtmitteln (Alkohol, Rauchen, Drogen)**
☐ Ja ☐ Nein Kommentar: _____

## Allgemeine Entwicklung

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn **besondere Talente/Interessen?** ☐ Nein ☐ Ja Folgende: _____

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn **Hobbys?** ☐ Nein ☐ Ja Folgende: _____

Ist Ihre Tochter/Ihr Sohn **sportlich aktiv?** ☐ Nein ☐ Ja Sportarten: _____

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn **gleichaltrige Freunde?** ☐ Nein ☐ Ja

Sind Sie mit der **Entwicklung** Ihrer Tochter/Ihres Sohnes zufrieden? ____ (Skala von 1 bis 6; 1 = sehr, 6 = überhaupt nicht)

Sind Sie mit dem **schulischen Werdegang** Ihrer Tochter/Ihres Sohnes zufrieden? ____ (Skala von 1 bis 6; 1 = sehr, 6 = überhaupt nicht)

**Welche Fragen würden Sie gerne mit uns besprechen?** _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____

## Diese Fragen beantwortest du selbst

Der **J1**-Gesundheitscheck ist nicht nur eine Gelegenheit, um festzustellen, ob du gesund bist, er ist auch ein Angebot zum Gespräch und zum Austausch mit dem Arzt.
Dein Körper verändert sich zurzeit stark. Er ist erwachsener. In deinem Alter können gesundheitliche Probleme auftreten, die für deine weitere Entwicklung nicht unwichtig sind und die der Arzt bei der **J1-Untersuchung** erkennen kann.
Bitte beantworte die nachfolgenden Fragen, damit dein Arzt bei der Untersuchung und dem Beratungsgespräch besonders gut auf dich eingehen kann.

Zutreffendes bitte ankreuzen.

## Schule

**Welche Schule besuchst du?** _____ Klasse: _____

**Bist du mit der Schule/den Lehrern/deinen Leistungen zufrieden?** ☐ Ja ☐ Nein ☐ Geht so

**Fühlst du dich in der Schule und in deiner Klasse wohl?** ☐ Ja ☐ Nein ☐ Geht so

**Gibt es Probleme in der Schule?** ☐ Nein ☐ Ja Welche? _____

## Familie

**Kommst du gut klar mit:**

- deinen Eltern? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Geht so
- deinen Geschwistern? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Geht so

**Kannst du mit deinen Eltern über Probleme reden?** ☐ Ja ☐ Nein ☐ Selten

## Freunde

**Hast du Freunde in deinem Alter?**
☐ Ja ☐ Nein

**Kannst du mit deinen Freunden über Probleme reden?**
☐ Ja ☐ Nein ☐ Selten

## Gesundheit

**Fühlst du dich gesund?** ☐ Ja ☐ Nein ☐ Geht so

**Hast du in der letzten Zeit körperliche Beschwerden?**
Wenn ja, welche? _____

**Sind Erkrankungen oder Allergien bei dir bekannt?**
Wenn ja, welche? _____

**Hast du Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen?**
☐ Ja ☐ Nein

**Warum geht es dir nicht gut?** _____

**Nimmst du regelmäßig Medikamente ein?**
☐ Nein ☐ Ja Welche? _____

**Hast du Ängste?** Wenn ja, welche? _____

## Sport

Betreibst du neben dem Schulsport Sport?
☐ Nein ☐ Ja Welchen? _____

## Deine Einschätzung

**Bist du eher** ☐ Fröhlich ☐ Traurig ☐ Ruhig ☐ Ausgelassen ☐ Aggressiv

**Wie zufrieden bist du mit deinem Leben?** ☐ Zufrieden ☐ Geht so ☐ Unzufrieden

**Deine Einschätzung zu Suchtmitteln** (falls du etwas dazu sagen möchtest)

- Zigaretten: ☐ Nein, danke ☐ Ich rauche selbst ☐ Freunde rauchen Dein Kommentar: _____
- Alkohol: ☐ Nein, danke ☐ Hin und wieder ☐ Häufig Dein Kommentar: _____
- Drogen: ☐ Nein, danke ☐ Schon probiert ☐ Freunde probieren Dein Kommentar: _____

**Womit verbringst du den größten Teil deiner Freizeit?**
☐ Hobbys Welche? _____
☐ Freunde ☐ Familie ☐ Computer spielen/chatten ☐ Fernsehen ☐ Rumhängen, relaxen, chillen ☐ Anderes

**Wie zufrieden bist du mit deiner körperlichen Entwicklung, deiner Größe, deinem Gewicht?**
☐ Zufrieden ☐ Geht so ☐ Unzufrieden Wenn ja: Warum? _____

## Fragen an deinen Arzt/deine Ärztin

**Markiere die Themen, über die du mit mir sprechen möchtest.** Das Gespräch mit dir unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.

☐ Fragen zu deiner Gesundheit, zu bestimmten Beschwerden
☐ Fragen zu Medikamenten, Alkohol, Drogen, Rauchen oder Sucht
☐ Fragen zu anstehenden Impfungen (bei Mädchen z. B. Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs)
☐ Ernährungsfragen, -tipps
☐ Sorgen, Ängste, Stimmungsschwankungen, die dich belasten
☐ Probleme in der Schule, in der Familie, im Freundeskreis
☐ Fragen zur körperlichen Entwicklung, Pubertät, Aufklärung, Sexualität, Verhütung

## Was passiert bei der J1?

Die **J1** wird vom Kinder- und Jugendarzt oder dem Hausarzt durchgeführt und ist mehr als eine rein körperliche Untersuchung. Die **J1** ist auch ein Angebot zum Gespräch. Unter dem Schutz der ärztlichen Schweigepflicht kannst du mit einer unabhängigen und fachkundigen Person Fragen zu Verhütung, Gesundheitsproblemen, Drogenkonsum, Ernährung, Problemen in der Schule oder im Elternhaus besprechen. Du kannst allein, mit deinen Eltern oder auch mit Freunden kommen.

### Ablauf der J1

- **Terminabsprache**
- **Ausfüllen der Fragebögen für die Jugendlichen und für die Eltern**
- **Überprüfen des Impfausweises: Ist der Impfschutz ausreichend?**

### Körperliche Untersuchung:

- Messen von Blutdruck und Puls
- Feststellen des Gewichts, der Körpergröße, des BMI und der körperlichen Entwicklung
- Abhören der Lunge, Überprüfung der Atmung
- Kontrolle der Schilddrüse
- Untersuchung des Skelettsystems und der Muskulatur (Haltungsschäden)
- Untersuchung der Haut
- Blut- und Urinuntersuchung
- Hör- und Sehtest

### Mit dem Arzt kannst du ein vertrauliches Gespräch über deine Fragen, Sorgen und Probleme führen.

Das Beratungsgespräch unterliegt der Schweigepflicht, auch wenn du noch nicht 18 Jahre alt bist. Es liegt an dir, zu entscheiden, ob du ein abschließendes Arztgespräch allein, gemeinsam mit deinen Eltern oder mit einem Elternteil führen möchtest.

### Infos zu Impfungen

Impfungen schützen nicht nur den Geimpften selbst vor schweren Infektionen, sondern auch Freunde, die Familie und Kleinkinder in der Umgebung. Später schützen junge Eltern ihre Neugeborenen.
Daher ist es bei der J1 wichtig zu überprüfen, ob der Impfschutz, z. B. gegen Keuchhusten, Hepatitis B, Masern, Mumps oder Röteln, ausreicht.

Mädchen können heute ab einem Alter von 12 Jahren durch eine dreimonatige Impfung gegen das spätere Auftreten von Gebärmutterhalskrebs weitgehend geschützt werden. Die Kosten der Impfung werden von der Krankenkasse übernommen, wenn die Impfung bis zum 18. Geburtstag erfolgt ist.
*Sprich mit deinem Arzt darüber!*

# Depressionsscreener für Teenager (DesTeen)

Unten stehen einige Sätze zu Gefühlen oder Gedanken, die Du vielleicht in den letzten beiden Wochen gehabt hast.

Kreuze bitte genau das Kästchen an, das am besten dazu passt, wie Du Dich gefühlt hast.

Hier ist ein Beispiel, an dem Du das Ankreuzen üben kannst:

- ☐ Ich langweile mich nicht mehr als sonst.
- ☐ Ich langweile mich etwas häufiger als sonst.
- ☐ Mir ist viel häufiger langweilig als nicht langweilig.
- ☐ Mir ist ständig langweilig.

**Wichtig ist, dass Du Deine Antworten immer auf die letzten beiden Wochen und nicht nur auf heute beziehst.**

Es gibt dabei keine richtigen oder falschen Antworten.

Los geht's!

1.
- ☐ Ich bin fast immer gut gelaunt.
- ☐ Ich bin häufig gut gelaunt.
- ☐ Ich bin selten gut gelaunt.
- ☐ Ich bin nie gut gelaunt.

2.
- ☐ Es fällt mir leicht, Dinge anzufangen.
- ☐ Es fällt mir etwas schwerer als sonst, Dinge anzufangen.
- ☐ Es fällt mir viel schwerer als sonst, Dinge anzufangen.
- ☐ Ich schaffe es kaum noch, Dinge anzufangen.

3.
- ☐ Ich schaffe es nicht, mich auf etwas zu konzentrieren.
- ☐ Ich bin viel unkonzentrierter als sonst.
- ☐ Ich bin etwas unkonzentrierter als sonst.
- ☐ Ich bin so konzentriert wie sonst.

4.
- ☐ Mir machen gar keine Dinge mehr Spaß.
- ☐ Mir machen kaum noch Dinge Spaß.
- ☐ Mir machen wenige Dinge Spaß.
- ☐ Mir machen viele Dinge Spaß.

5.
- ☐ Ich bin genauso toll wie andere.
- ☐ Ich zweifele manchmal daran, dass ich genauso toll bin wie andere.
- ☐ Im Vergleich zu anderen bin ich eher unbedeutend.
- ☐ Ich bin völlig unbedeutend.

6.
- ☐ Immer wenn etwas schief geht, habe ich Schuldgefühle.
- ☐ Ich habe oft Schuldgefühle, auch wenn ich nichts falsch gemacht habe.
- ☐ Ich habe manchmal Schuldgefühle.
- ☐ Ich habe fast nie Schuldgefühle.

7.
- ☐ Viele Dinge gelingen mir.
- ☐ Früher hatte ich öfter das Gefühl, dass mir die Dinge gelingen.
- ☐ Sehr selten habe ich das Gefühl etwas richtig zu machen.
- ☐ Ich mache alles falsch.

8.
- ☐ Ich glaube nicht, dass jemand mich mag.
- ☐ Ich glaube nur selten, dass andere mich mögen.
- ☐ Früher hatte ich häufiger das Gefühl, dass andere mich mögen.
- ☐ Andere Menschen mögen mich.

9.
- ☐ Ich mache mir keine Sorgen über die Zukunft.
- ☐ Wenn ich an die Zukunft denke, mache ich mir manchmal Sorgen.
- ☐ Wenn ich an die Zukunft denke, mache ich mir oft Sorgen.
- ☐ Ich mache mir ständig Sorgen über die Zukunft.

10.
- ☐ Ich bin bei jeder noch so kleinen Gelegenheit genervt.
- ☐ Ich bin viel schneller genervt als sonst.
- ☐ Ich bin etwas schneller genervt als sonst.
- ☐ Ich bin genauso ausgeglichen wie sonst.

11.
- ☐ Ich fühle mich den ganzen Tag lang schlapp.
- ☐ Ich bin viel schlapper als sonst.
- ☐ Ich bin etwas schlapper als sonst.
- ☐ Ich fühle mich so fit wie sonst.

12.
- ☐ Es gibt viele Sachen, die mich interessieren.
- ☐ Es gibt einige Sachen, die mich interessieren.
- ☐ Es gibt kaum Sachen, die mich interessieren.
- ☐ Nichts interessiert mich wirklich.

13.
- ☐ Ich bin ständig traurig.
- ☐ Ich bin häufig traurig, auch ohne Grund.
- ☐ Ich bin manchmal traurig.
- ☐ Ich bin fast nie traurig.

14.
- ☐ Ich habe viele gute Freunde.
- ☐ Ich habe einige Freunde.
- ☐ Ich habe kaum Freunde und fühle mich oft allein.
- ☐ Ich fühle mich sehr allein.

Das Screeninginstrument DesTeen wurde entwickelt von der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universität München.

Die Entwicklung dieses Instruments wurde gefördert vom Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit.

UKE HAMBURG

**Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters**

# GAming DIsorder Scale for Adolescents (GADIS-A)

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Deine Nutzung digitaler Spiele (am Smartphone, Tablet, Computer, Konsole). Wenn Du an die letzten 12 Monate denkst, wie sehr stimmst Du den folgenden Aussagen zu?

1. Ich spiele oft häufiger und länger, als ich es geplant oder mit meinen Eltern vereinbart habe.

| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|---|---|---|---|---|
| stimme überhaupt nicht zu | stimme eher nicht zu | stimme teilweise zu/nicht zu | stimme eher zu | stimme völlig zu |

2. Ich kann oft nicht aufhören zu spielen, obwohl es vernünftig wäre, dies zu tun, oder andere (z.B. meine Eltern) mir gesagt haben, ich solle aufhören.

| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|---|---|---|---|---|
| stimme überhaupt nicht zu | stimme eher nicht zu | stimme teilweise zu/nicht zu | stimme eher zu | stimme völlig zu |

3. Ich verfolge oft keine Interessen außerhalb der digitalen Welt (z.B. Freunde oder Partner im wirklichen Leben treffen, Vereine besuchen, Bücher lesen, Musik machen), weil ich lieber spiele.

| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|---|---|---|---|---|
| stimme überhaupt nicht zu | stimme eher nicht zu | stimme teilweise zu/nicht zu | stimme eher zu | stimme völlig zu |

4. Ich vernachlässige meine täglichen Pflichten (z.B. Lebensmittel einkaufen, putzen, aufräumen, Verpflichtungen für Schule / Lehrstelle / Job), weil ich lieber spiele.

| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|---|---|---|---|---|
| stimme überhaupt nicht zu | stimme eher nicht zu | stimme teilweise zu/nicht zu | stimme eher zu | stimme völlig zu |

5. Normalerweise spiele ich weiter, auch wenn es mir Stress mit anderen (z.B. meinen Eltern, Geschwistern, Freunden, Partner/Partnerin, Lehrern) bereitet.

| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|---|---|---|---|---|
| stimme überhaupt nicht zu | stimme eher nicht zu | stimme teilweise zu/nicht zu | stimme eher zu | stimme völlig zu |

6. Ich spiele weiter, obwohl es meine Leistungen in der Schule / meine Lehrstelle / meinen Job beeinträchtigt (z.B. durch Verspätung, Fehlzeiten, Vernachlässigung der Hausaufgaben, schlechtere Noten).

| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|---|---|---|---|---|
| stimme überhaupt nicht zu | stimme eher nicht zu | stimme teilweise zu/nicht zu | stimme eher zu | stimme völlig zu |

Bitte wenden.⟹

7. Durch das Spielen vernachlässige ich mein Aussehen, meine Hygiene und/oder meine Gesundheit (z.B. in Bezug auf Schlaf, Ernährung, Bewegung).

| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|---|---|---|---|---|
| stimme überhaupt nicht zu | stimme eher nicht zu | stimme teilweise zu/nicht zu | stimme eher zu | stimme völlig zu |

8. Durch das Spielen riskiere ich, wichtige Kontakte (Freunde, Familie, Partner) zu verlieren oder habe sie bereits verloren.

| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|---|---|---|---|---|
| stimme überhaupt nicht zu | stimme eher nicht zu | stimme teilweise zu/nicht zu | stimme eher zu | stimme völlig zu |

9. Durch das Spielen habe ich Nachteile in der Schule / der Lehre / im Job (z.B. schlechte Noten, Versetzungsgefährdung / kein Abschluss, keine Lehrstelle oder Studienplatz, schlechtes Zeugnis, Abmahnung / Entlassung).

| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|---|---|---|---|---|
| stimme überhaupt nicht zu | stimme eher nicht zu | stimme teilweise zu/nicht zu | stimme eher zu | stimme völlig zu |

## Bitte beantworte nun die folgende Frage:

10. Wie häufig hattest Du im vergangenen Jahr solche Probleme, Konflikte oder Schwierigkeiten wegen des Spielens? Kam das nur an einzelnen Tagen vor, gab es längere Phasen von mehreren Tagen oder Wochen, oder war das nahezu täglich?

| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|---|---|---|---|
| überhaupt nicht | nur an einzelnen Tagen | über längere Phasen | nahezu täglich |

## Zusätzliche Fragen:

11. Erlebst Du die zuvor genannten Probleme, Konflikte und Schwierigkeiten durch das Spielen seit mindestens einem Jahr?

| ☐ | ☐ |
|---|---|
| ja | nein |

12. *Wenn Frage 10 mit "über längere Phasen" beantwortet wurde:*
Hattest Du solch längere Phasen, in denen Du Probleme, Konflikte oder Schwierigkeiten wegen des Spielens erlebtest, häufiger oder kam das nur einmal vor?

| ☐ | ☐ |
|---|---|
| einmal | häufiger als einmal |

13. *Wenn Frage 10 mit "über längere Phasen" beantwortet wurde:*
Wie lange dauerte eine solche Phase, in der Du über einen längeren Zeitraum Probleme, Konflikte oder Schwierigkeiten wegen Deines Spielens hattest, maximal an?

| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|---|---|---|---|---|
| weniger als eine Woche | eine Woche bis weniger als ein Monat | ein Monat bis weniger als drei Monate | drei bis weniger als neun Monate | neun Monate und mehr |

Kinder- und Jugendärzte
Neuperlach
Dr. Eigner Dr. Jansma

# SATZERGÄNZUNGSTEST FÜR JUGENDLICHE

Dein Name: _____ Geburtsdatum: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,
Keine Angst – wir sind hier nicht in der Schule! Bei diesem Fragebogen kann man nichts falsch machen und man kann nicht schlecht abschneiden. Bitte lies dir die angefangenen Sätze durch und vervollständige sie. Schreibe einfach das hin, was dir spontan dazu einfällt. Das kann mir gleich im Gespräch an der einen oder anderen Stelle weiterhelfen. *Viel Spaß dabei!*

1. Ich finde es toll, wenn _____
2. Ich habe Angst, dass _____
3. Meine Schularbeiten _____
4. Am liebsten würde ich _____
5. Wenn ich älter bin _____
6. Die Lehrer _____
7. Manchmal träume ich, dass _____
8. Meine Mutter möchte gerne, dass _____
9. Mein Vater möchte gerne, dass _____
10. Meine größte Sorge ist, dass _____
11. Die meisten Mädchen _____
12. Die meisten Jungs _____
13. Die Schule _____
14. Am besten kann ich _____
15. Ich fühle mich am wohlsten, wenn _____
16. Meine Schulkameraden _____
17. Hoffentlich _____
18. Ich habe es nicht gern, wenn _____
19. Am glücklichsten wäre ich, wenn _____
20. Diesen Fragebogen finde ich _____

praxis@kja-neuperlach.de Tel: 089-676197 Fax: 089 6732739 www.kja-neuperlach.de

Dr. med. Sabine Eigner,
Dr. med. Corinna Jansma
Albert-Schweitzer-Str. 62
81735 München

Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendmedizin
Schwerpunktpraxis für Neuropädiatrie und Epileptologie

IBAN: DE14 7002 0270 5800 6352 94
BIC: HYVEDEMMXXX