



**Dr. med. Stefan Stuhmann**  
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Kinderkardiologe – Neonatologe

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Fragebogen J2 (16 - 17 Jahre)

Hier bitten wir Dich um einige Auskünfte. Deine Antworten bleiben vertraulich, d.h. sie werden an niemanden weitergegeben. Wenn Du bestimmte Fragen nicht beantworten möchtest, ist das o.k. Bitte setze nur ein Kreuz pro Zeile und in die Kreise

### Familienvorgeschichte (Hierzu kannst Du Deine Eltern fragen)

Gibt es bei Deinen 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
oder andere Erkrankungen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

### Eigene Vorgeschichte

Wurdest du schon einmal operiert?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Warst du schon einmal ein paar Tage im Krankenhaus?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hast du Allergien?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hast du Kreislaufprobleme?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hast du öfters Schmerzen, z.B. im Kopf, Rücken, Brust oder Bauch)?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hast du Asthma oder bekommst du immer gut Luft?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nimmst du Medikamente ein?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

### Hast du 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 (Bewegung, Schmerzen)	<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, Xbox Spiele, Nintendo Spiele, Playstation Spiele (wann ist es zu viel?)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
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 (Essfehlverhalten)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hast du andere Fragen, die du gerne mit mir besprechen möchtest?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

**Wenn du mir jetzt noch diese Fragen beantworten könntest, wäre dies eine große Hilfe:**

Machst du 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 du große Probleme hast?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Gibt es etwas, was du bei dir ändern möchtest?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hast du vor etwas oder jemanden Angst?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Bist du oft traurig?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Betrübt dich etwas?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Rauchst du?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Trinkst du Alkohol?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hast du Erfahrung mit anderen Drogen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Langweilst du dich oft?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ist das Internet ein Problem für dich?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Fühlst du dich wohl?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Bist du mit deiner Ernährung zufrieden, bzw. ernährst du dich gesund?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Isst und Trinkst du regelmäßig?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Musst du dich oft nach dem Essen übergeben?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Musst du nach manchen Lebensmitteln oft auf Toilette?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Fühlst du dich wohl in deiner Familie?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Siehst du Probleme bei deinen Eltern?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hast du Freunde oder Freundinnen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Kannst du gut schlafen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hast du Hobbys?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Treibst du Sport?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Spielst du ein Musikinstrument?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Bist du oft vorm Fernseher, Playstation, Nintendo, Xbox oder Computer?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein