

Kinder- und Jugendarztpraxis Dr. med. von Fintel, Dr. med. Lee
Schwerpunktpraxis für pädiatrische Gastroenterologie und Pneumologie
Kaiserstr. 39, 42329 Wuppertal
Tel: 0202/ 78 30 64

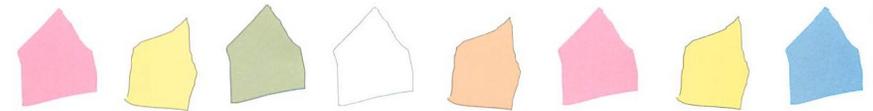
Fragebogen zur J2

Name/Vorname des Jugendlichen: _____

Geburtsdatum/Alter: _____ Datum: _____

Kreuze bitte an, ob die unten aufgeführten Probleme bei Dir in den letzten 6 Monaten aufgetreten sind. Mache bitte nur ein Kreuz in jede Zeile, setze die Kreuze nur auf die Kästchen, nicht in die Zwischenräume und lass bitte keine Frage aus. Solltest Du zu Zeit Medikamente erhalten, die Dein Verhalten verändern, beantworte bitte die Fragen so, wie du Dich verhältst, wenn Du keine Medikamente einnimmst.

Ich...	stimmt	stimmt nicht
1. habe Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. musste wegen Kopfschmerzen zum Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. leide unter asthmatischen Beschwerden/ chronischer Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. mache mir Sorgen über meine Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. habe manchmal nervöse Zuckungen (z.B. Blinzel-, Zwinker-, Räuspertic)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. kann schlecht einschlafen (d.h. liege mehr als eine Stunde wach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. wache häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen (liege mindestens eine Stunde wach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. muss bei starker Aufregung stottern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. habe mehr als einmal im letzten Jahr ins Bett gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. habe mehr als einmal im letzten halben Jahr eingekotet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. habe meistens nur wenig Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. bin sehr wählerisch beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. habe ständig Angst, dick zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. hat meistens nur wenig Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. habe mindestens 10kg. Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. werde manchmal wegen meines Übergewichtes geärgert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. habe mit meinen Eltern oft Streit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. mache, was ich will, auch wenn meine Eltern anderer Ansicht sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. wurde wegen meines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, einem Ausflug oder Landheimaufenthalt ausgeschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. schwänze manchmal die Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. habe starke Angst davor, zur Schule zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. streite mich fast jeden Tag mit meinem Geschwistern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. dabei kommt es auch zu ernsthaften Verletzungen, Quälereien oder Drohungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. werde von anderen Jugendlichen häufig geärgert, gehänselt, geprügelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. habe Angst vor anderen Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. habe überhaupt keinen Kontakt zu anderen Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. prügte mich manchmal mit anderen Kindern oder Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. wechsle häufig meine Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. bin in der Schule leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. bin bei den Hausaufgaben sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. bin bei Regelspielen (Karten- oder Brettspiele) sehr ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



32. bin in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. bin bei den Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. bin bei Regelspielen (Karten-, Brettspiele) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. bin im Straßenverkehr oft unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. bin beim Spielen oft vorschnell, unvorsichtig u. riskant in meinem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. bin beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause sehr unüberlegt und vorschnell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. habe täglich einen Wutanfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. bin ängstlich, mache mir viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40-45.- <i>habe panische Angst:</i>		
41. vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. alleine zuhause zu bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. vor fremden Menschen (z.B. bei einer Einladung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. vor Blitz, Donner oder Dunkelheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. bin fast schon übertrieben ordentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. wasche mir oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. kontrolliere bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach (z.B. dass Türen oder Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. kaue oder reiße so stark die Fingernägel, dass es häufiger zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise frei liegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. bin mindestens 1x pro Woche für mindestens drei Stunden lang traurig oder niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. diese Stimmung steht meistens in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. bin nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn ich traurig bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. war schon einmal mind. 2 Wochen am Stück traurig oder niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. habe schon einmal ernsthaft daran gedacht, mich umzubringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. rauche mind. 1 Schachtel Zigaretten pro Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. trinke mehrmals pro Woche Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. bin mehrmals pro Monat angetrunken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. habe zuhause oder außerhalb schon etwas Wertvollere (Wert größer als 30 €) gestohlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. habe schon mindestens fünfmal wertvolle Dinge entwendet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. habe schon einmal mit Absicht Dinge, die mir nicht gehören, zerstört/ beschädigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. dabei ist ein Schaden von mindestens 30 € entstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. bin schon von zu Hause weggelaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. habe folgende, oben nicht genannte Probleme:		