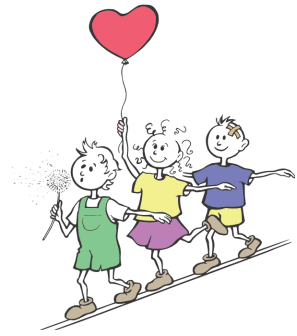


## Fragebogen für Jugendliche J1 und J2



Datum des Ausfüllens: \_\_\_\_\_

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

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

Vorname: \_\_\_\_\_

Der Fragebogen bezieht sich auf die letzten 6 Monate. Bitte beantworte die Fragen soweit wie möglich.

### Ich .....

habe Migräne?  stimmt  stimmt nicht

musste wg. Kopfschmerzen zum Arzt?  stimmt  stimmt nicht

leide unter Atembeschwerden?  stimmt  stimmt nicht

kann schlecht (ein-)schlafen und werde nachts wach?  stimmt  stimmt nicht

habe panische Angst vor etwas (Blitz, Donner, Dunkelheit etc.)? \_\_\_\_\_

muß bei starker Aufregung stottern?  stimmt  stimmt nicht

bin extrem wählerisch beim Essen?  stimmt  stimmt nicht

habe Angst, zu dick zu werden?  stimmt  stimmt nicht

habe stark an Gewicht verloren?  stimmt  stimmt nicht

bin stark übergewichtig?  stimmt  stimmt nicht

werde wg. meines Übergewichtes geärgert?  stimmt  stimmt nicht

habe starke Angst davor, in die Schule zu gehen?  stimmt  stimmt nicht

habe oft Streit mit meinen Eltern?  stimmt  stimmt nicht

streite mich fast tgl. mit meinen Geschwistern?  stimmt  stimmt nicht

Dabei kommt es zu ernsthaftem Streit  
oder Verletzungen?  stimmt  stimmt nicht

habe wg. meines Verhaltens Probleme in der Schule?  stimmt  stimmt nicht

## Fragebogen für Jugendliche J1 und J2

- |   |                              |                                    |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| werde von anderen Kindern gehänselt oder gemobbt?   | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| prügle mich häufig mit anderen Kindern?   | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| bin in der Schule oft unkonzentriert?   | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| bin bei den Hausaufgaben häufig unkonzentriert?   | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| bin bei Regelspielen (Brettspiele, Kartenspiel etc.) zappelig und halte mich nicht an die Regeln? | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| bin im Straßenverkehr unvorsichtig?   | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| gehe häufig bei best. Situationen ein übermäßiges Risiko ein?                                     | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| habe manchmal nervöse Zuckungen (Tic, Blinzeln etc.)?   | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| wasche mir häufig die Hände, obwohl sie sauber sind?  | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| kontrolliere best. Dinge unnötig oft?   | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| bin häufig ohne Grund traurig?  | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| kaue viel an den Nägeln, zT. blutig?  | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| habe schon einmal geäußert, mich umzubringen?   | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| trinke mehrmals pro Woche Alkohol?  | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| bin mehrmals pro Monat angetrunken?   | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| rauche mind. 1 Schachtel pro Woche?   | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| hab schon einmal etwas Wertvolles gestohlen?  | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| bin schon einmal von zu Hause weggelaufen?  | stimmt <input type="radio"/> | stimmt nicht <input type="radio"/> |
| zeige besondere Verhaltensweisen? _____   |                              |                                    |