Kinder- und Jugendarzt
Naturheilverfahren
Peter Thilemann

13 bis 14 Jahre – Jugendfragebogen zur J1

Vor- und Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Ausgefüllt am: _____

Kreuze bitte an, ob die unten aufgeführten Probleme bei dir in den letzten 6 Monaten aufgetreten sind.
Diese Angaben sind freiwillig. Jedoch hilfst du mir sehr damit, die Beratung für Dich zu verbessern.

Solltest Du zur Zeit Medikamente einnehmen, sag uns bitte, welche es sind: _____

Ich...	**Stimmt nicht**	**Stimmt**
habe regelmäßig Bauchschmerzen und musste deshalb zum Arzt		
habe regelmäßig Kopfschmerzen und musste deshalb zum Arzt		
mache mir viele Sorgen über meine Gesundheit		
habe eine besondere Ernährungsformen (z.B. vegetarisch, vegan)		
habe ständig Angst dick zu werden		
habe wegen des Essverhaltens mind. 7 kg abgenommen und ist untergewichtig		
treibe regelmäßig Sport		
leide unter Allergien (z.B. Heuschnupfen, Nahrungsmittelallergien, Asthma)		
habe manchmal nervöse Zuckungen (z.B. Blinzel-, Zwinker-, Räuspertic)		
Kann abends schlecht einschlafen (mindestens 1 Stunde wach)		
wache häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen (mindestens 1 Stunde wach)		
muss bei starker Aufregung stottern		
habe im letzten halben Jahr ins Bett gemacht		
schwänze manchmal die Schule		
habe starke Angst davor, zur Schule zu gehen		
werde von anderen Jugendlichen häufig geärgert, gehänselt, geprügelt		
habe Angst vor anderen Jugendlichen		
habe überhaupt keinen Kontakt zu anderen Jugendlichen		
wechsle häufig meine Freunde		
bin in der Schule leicht ablenkbar und unkonzentriert		
bin bei den Hausaufgaben leicht ablenkbar und unkonzentriert		
Ich...	**Stimmt nicht**	**Stimmt**
bin in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen		
bin bei den Hausaufgaben unruhig, zappelig, kann nicht still sitzen		
bin beim Spielen oft vorschnell, unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten		
habe Probleme meine Emotionen zu kontrollieren		
bin übermäßig ängstlich		
bin schon fast übertrieben ordentlich		
wasche mir oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind		
kontrolliere bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten		

Kinder- und Jugendarzt
Naturheilverfahren
Peter Thilemann

kaue oder reiße stark Fingernägel		
bin auffallend oft traurig oder niedergeschlagen		
streite mich fast täglich mit meinen Eltern		
habe zuhause oder außerhalb schon einmal etwas gestohlen		
bin schon von zu Hause weggelaufen		
habe schon einmal ernsthaft daran gedacht, mich umzubringen		
nehme Drogen, falls ja: welche?		
rauche / vape		
trinke regelmäßig Alkohol		

Dr. med. Peter Thilemann
Kinder- und Jugendarzt
Reismühlenstraße 9
81477 München
089 710 466 16
kontakt@dr-thilemann.de
www.dr-thilemann.de

Kinder- und Jugendarzt
Naturheilverfahren
Peter Thilemann

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 langweilige mich nicht mehr als sonst.
- ☐ Ich langweilige 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.

Dr. med. Peter Thilemann
Kinder- und Jugendarzt
Reismühlenstraße 9
81477 München
089 710 466 16
kontakt@dr-thilemann.de
www.dr-thilemann.de

Kinder- und Jugendarzt
Naturheilverfahren
Peter Thilemann

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.

Dr. med. Peter Thilemann
Kinder- und Jugendarzt
Reismühlenstraße 9
81477 München
089 710 466 16
kontakt@dr-thilemann.de
www.dr-thilemann.de

Kinder- und Jugendarzt
Naturheilverfahren
Peter Thilemann

Vor- und Nachname des Kindes:_____ Geburtsdatum: _____

Ausgefüllt am: _____

Liebe Eltern!

Die J1 ist die erste Vorsorgeuntersuchung im Jugendalter. Bei den meisten Jugendlichen fällt diese Vorsorgeuntersuchung in die Zeit der Pubertät. In dieser Zeit erfährt Ihr Kind zahlreiche körperliche und seelische Veränderungen.

Diese Angaben sind freiwillig. Dieser Fragebogen soll Ihnen und mir als Gesprächsgrundlage dienen. Darum bitte ich Sie um nachfolgende Informationen.

1. Familiengeschichte:
Gibt es in der Familie (einschließlich Großeltern):

Zuckerkrankheit	Wer:
Allergien	Wer:
Neurodermitis	Wer:
Heuschnupfen	Wer:
Asthma	Wer:
Nahrungsmittelallergien	Wer:
Herzinfarkt	Wer:
Schlaganfälle	Wer:
Stoffwechselerkrankungen	Wer:
Fettstoffwechsel-(Cholesterin)-Störungen	Wer:
Nieren-Blasenerkrankungen	Wer:
Schilddrüsenerkrankungen	Wer:
Anfallsleiden	Wer:
Krebserkrankungen	Wer:
Psychische Erkrankung (z.B. Depression)	Wer:
Sonstige:	Wer:

2. Vorgeschichte Ihres Kindes:
Gab es in der Vorgeschichte ihres Kindes:

Operationen; wenn ja- wann und welche Operation	
stationäre Krankenhausaufenthalte	
Medikamenteneinnahme länger als einen Monat	
Allergien	
Neurodermitis/ Ekzeme/ Hautempfindlichkeit	
Asthma/ obstruktive Bronchitiden/ „pfeifende Atemgeräusche“	

Kinder- und Jugendarzt
Naturheilverfahren
Peter Thilemann

Heuschnupfen	
Nahrungsmittelallergien	

Herz-Kreislaufstörungen	
Regelmäßige Schmerzepisoden	
Bewegungsstörungen	
Sonstiges:	

3. Beschwerden Ihres Kindes in letzter Zeit:

_____

4. Was beschäftigt Sie im Zusammenhang mit der Entwicklung Ihres Kindes:

_____

_____

5. Fallen Ihnen Besonderheiten bei Ihrem Kind auf:

	NEIN	JA, und zwar:
z.B. bei sportlicher Betätigung		
bei handwerklichen oder künstlerischen Tätigkeiten		
beim Lernen, der Konzentration, dem Schreiben oder Rechnen		
in der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit		
im Umgang mit sich und anderen		
beim Sehen		
beim Hören		
beim Sprachverständnis		

6. Allgemeine Entwicklung:

	JA	NEIN
Macht ihr Kind in der Schule mit		
Macht ihr Kind zuhause oder beim Spiel mit Gleichaltrigen mit		
Hat ihr Kind feste Freundschaften		
Hat Ihr Kind Hobbys		
Hat Ihr Kind feste sportliche Aktivitäten		

7. Wir beurteilen Sie das soziale Umfeld Ihres Kindes:

_____

_____

8. Was würden Sie gerne zusätzlich besprechen:

_____

_____