

Mannheimer Jugendlichenfragebogen für 12-16 Jährige

J2

Name:
Geburtstag:
Datum:

Anleitung zum Ausfüllen:

Kreuze bitte an, ob die unten aufgeführten Probleme bei Dir in den letzten 6 Monaten aufgetreten sind. Mache bitte nur ein Kreuz in jeder Zeile.

Lass bitte keine Frage aus.

Solltest Du zur J2 Medikamente erhalten, die Dein Verhalten verändern, beantworte bitte die Fragen so, wie Du Dich verhältst, wenn Du keine Medikamente einnimmst.

Ich

| | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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 oder einer chronischen Bronchitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. mache mir viele Sorgen über meine Gesundheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. habe manchmal nervöse Zuckungen (z.B. Blinzeltic, Zwinkertic, 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 | <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 halben 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. habe aufgrund meines Essverhaltens mind. 7kg abgenommen und bin untergewichtig | <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 meinen 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. prügle 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- oder 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 oft sehr unüberlegt u. vorschnell | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. habe fast 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. werde dann manchmal vor lauter Aufregung "krank" | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41.-45. habe panische Angst | | |
| 41. - vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. - allein zu Hause 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 schon fast Äbertrieben 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 einmal pro Woche für mindestens drei Stunden traurig oder niedergeschlagen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. diese Stimmung steht meist 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 einmal etwas Wertvolleres (Wert größer 30 €) gestohlen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 59. habe schon mindestens fünfmal wertvollere Dinge entwendet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 60. habe schon einmal mit Absicht Dinge, die mir nicht gehören, zerstört oder beschädigt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 61. dabei ist ein Schaden von mindestens 30 € entstanden 62. bin schon von zu Hause weggelaufen | <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: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Allgemeine Informationen zum Impfen

Impfungen sind eine der wichtigsten Maßnahmen zum Schutz vor folgenschweren und ansteckenden Infektionskrankheiten. Dabei werden neben der geimpften Person selbst auch Mitmenschen geschützt, die aus verschiedenen Gründen (noch) nicht geimpft werden können oder durch schwere Erkrankungen zusätzlich anfällig sind.

Die heutigen modernen Impfstoffe sind dabei gut verträglich. Es zeigen sich meist nur leichte, kurz andauernde Nebenwirkungen in Form von Fieber, leichten Schmerzen oder Rötungen an den Impfstellen, sowie seltener Kopf- und Gliederschmerzen, Mattigkeit, Unwohlsein, Übelkeit oder Schwellung von Lymphknoten. Darüberhinausgehende, länger andauernde Beschwerden oder gravierende Komplikationen sind sehr selten.

Über die jeweils bei Ihrem Kind anstehenden, öffentlich und von uns empfohlenen Impfungen informieren wir Sie gerne und ausführlich bei den regelmäßigen Vorsorgeterminen. Selbstverständlich stehen wir Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Impfungen in Sachsen

Sachsen ist das einzige Bundesland mit einer eigenen Impfkommision (SIKO = Sächsische Impfkommision). Die Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision dienen dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) als Entscheidungsgrundlage für die öffentliche Empfehlung von Schutzimpfungen und anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe zum Schutze der Gesundheit nach § 20 Abs. 3 des Infektionsschutzgesetzes.

Die in Sachsen geltenden Impfempfehlungen unterscheiden sich von den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts mit der Ständigen Impfkommision (STIKO), die Impfempfehlungen für ganz Deutschland ausgeben. Dies betrifft häufig den Zeitpunkt der Impfungen (z.B. zweite Masern-Impfung), das generelle Impfschema oder auch generell den Erreger, gegen den geimpft wird (z.B. Grippe-Impfung, Meningokokken A, B, C, W, Y-Impfung).

In unserer Praxis führen wir alle Impfungen nur nach ausführlicher Aufklärung und im Einverständnis der Sorgeberechtigten durch. Gemeinsam mit Ihnen als sorgeberechtigte Personen entscheiden wir, nach welchem Impfplan wir vorgehen.

Voraussetzungen zum Impfen

1. Ihr Kind sollte 14 Tage fieberfrei und nicht akut schwer krank sein.
2. Bitte bringen Sie zum Impftermin immer den Impfausweis mit.
3. Jugendliche ab 16 Jahren dürfen selbständig zum Impfen erscheinen.

Impftermine

Bitte vereinbaren Sie einen Impftermin in unserer Sprechstunde.

Nützliche Links

[SIKO Impfkalendar](#)

[STIKO Impfkalendar](#)

<https://www.impfen-info.de/>

https://www.rki.de/DE/Home/homepage_node.html

<https://www.kinderaerzte-im-netz.de/startseite>

Einverständniserklärung zur Teilnahme am Recall – System

| |
|--|
| Angaben zum Kind |
| Name, Vorname(n): _____ |
| Geboren am: _____ |
| Anschrift Straße, Hausnummer: _____ |
| PLZ, Ort: _____ |

| |
|---|
| Angaben zu den Eltern |
| Mutter: Name, Vorname(n): _____ |
| Geboren am: _____ |
| Anschrift (falls abweichend von oben): Straße, Hausnummer: _____ |
| PLZ, Ort: _____ |
| E-Mail-Adresse: _____ |
| Handy-Nummer: _____ |
| Vater: Name, Vorname(n): _____ |
| Geboren am: _____ |
| Anschrift (falls abweichend von oben): Straße, Hausnummer: _____ |
| PLZ, Ort: _____ |
| E-Mail-Adresse: _____ |
| Handy-Nummer: _____ |

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Praxis für Kinder- und Jugendmedizin Dr. med. Linda Petersen und Michael Pommerenke mich schriftlich, telefonisch, per Email oder per SMS an sinnvolle und notwendige Termine erinnert.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Die Praxis für Kinder- und Jugendmedizin Dr. med. Linda Petersen und Michael Pommerenke setzt Sie hiermit davon in Kenntnis, dass durch den Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird.

Datum, Unterschrift Mutter

Datum, Unterschrift Vater