



STARNBERGER KINDER- & JUGENDÄRZTE

Pädiatrisches Fachzentrum

Mannheimer Jugendlichenfragebogen MEF für 12-16jährige zur J1

Name des Kindes _____ geboren am: _____

ausgefüllt von: _____ am: _____

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



STARNBERGER KINDER- & JUGENDÄRZTE

Pädiatrisches Fachzentrum

Ich...	ja	nein
32. bin in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. bin bei den Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. bin bei Regelspielen (Karten- oder Brettspiele) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. bin im Straßenverkehr oft unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. bin beim Spielen oft vorschnell, unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. bin beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause oft sehr unüberlegt und vorschnell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. habe fast täglich einen Wutanfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. bin ängstlich, mache mir viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. werde dann manchmal vor lauter Aufregung „krank“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Ich habe panische Angst ...		
- vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- allein zuhause zu bleiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- vor fremden Menschen (z.B. bei einer Einladung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- vor Blitz, Donner oder Dunkelheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. bin schon fast übertrieben ordentlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. wasche mir oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. kontrolliere bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach (z.B. dass Türen oder Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. kaue oder reiße so stark die Fingernägel, dass es häufiger zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise freiliegt!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. bin mind. 1x pro Woche für mindestens 3 Stunden traurig oder niedergeschlagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. bin nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn ich traurig bin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. war schon einmal mind. 2 Wochen am Stück traurig oder niedergeschlagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. habe schon einmal ernsthaft daran gedacht, mich umzubringen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. rauche mind. 1 Schachtel Zigaretten pro Woche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. trinke mehrmals pro Woche Alkohol 57. bin mehrmals pro Monat angetrunken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. habe zuhause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolleres (Wert größer 30 €) gestohlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. habe schon mindestens fünfmal wertvollere Dinge entwendet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. habe schon einmal mit Absicht Dinge, die mir nicht gehören, zerstört / beschädigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56. dabei ist ein Schaden von mindestens 30 € entstanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57. bin schon von zu Hause weggelaufen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58. habe folgende, oben nicht genannte Probleme:		



STARNBERGER KINDER- & JUGENDÄRZTE

Pädiatrisches Fachzentrum

Schule

Welche Schule besuchst du? _____ Klasse: _____

Bist du mit der Schule/den Lehrern/deinen Leistungen zufrieden? Ja Nein Geht so

Fühlst du dich in der Schule und in deiner Klasse wohl? Ja Nein Geht so

Gibt es Probleme in der Schule? Ja Nein

Welche? _____

Familie

Kommst du gut klar mit:

- deinen Eltern? Ja Nein Geht so

- deinen Geschwistern? Ja Nein Geht so

Kannst Du mit deinen Eltern über Probleme reden? Ja Nein Selten

Freunde

Hast du Freunde in deinem Alter? Ja Nein

Kannst du mit deinen Freunden über Probleme reden? Ja Nein Selten

Gesundheit

Fühlst du dich gesund? Ja Nein Geht so

Warum geht es dir nicht gut? _____

Hast du in der letzten Zeit körperliche Beschwerden? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Nimmst du regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Erkrankungen oder Allergien bei dir bekannt? Ja Nein

Welche? _____

Hast du Ängste? Ja Nein Selten

Wenn ja, welche? _____

Hast du Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen? Ja Nein Selten



STARNBERGER KINDER- & JUGENDÄRZTE

Pädiatrisches Fachzentrum

Sport

Betreibst du neben dem Schulsport Sport?

Ja Nein

Welchen? _____

Deine Einschätzung

Bist du eher fröhlich traurig ruhig ausgelassen aggressiv

Wie zufrieden bist du mit deinem Leben? zufrieden geht so unzufrieden

Deine Einschätzung zu Suchtmitteln (falls du etwas dazu sagen möchtest)

Zigaretten: nein danke ich rauche selbst Freunde rauchen

Dein Kommentar: _____

Alkohol: nein danke hin und wieder häufig

Dein Kommentar: _____

Drogen: nein danke schon probiert Freunde probieren

Dein Kommentar: _____

Womit verbringst du den größten Teil deiner Freizeit?

Hobbys Welche: _____

Dein Kommentar: _____

Freunde Familie Computer spielen/chatten Fernsehen

Rumhängen, relaxen, chillen Anderes: _____

Wie zufrieden bist du mit deiner körperlichen Entwicklung, deiner Größe, deinem Gewicht?

zufrieden geht so unzufrieden

Warum bist du unzufrieden? _____

Fragen an deinen Arzt/deine Ärztin

Markiere die Themen, über die du mit mir sprechen möchtest. Das Gespräch mit dir unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.

Fragen zu deiner Gesundheit, zu bestimmten Beschwerden

Fragen zu Medikamenten, Alkohol, Drogen, Rauchen od. Sucht

Fragen zu anstehenden Impfungen (bei Mädchen z. B. Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs)

Ernährungsfragen, - tipps

Sorgen, Ängste, Stimmungsschwankungen, die dich belasten

Fragen zur körperlichen Entwicklung, Pubertät, Aufklärung, Sexualität, Verhütung