

Fragebogen 1. und 3. Sekundarschuljahr

Um dir besser zuzuhören und dich in Bezug auf deine Gesundheit und dein Wohlbefinden zu unterstützen, benutzen wir diesen Fragebogen.

Deine Antworten sind nur für das Kaleido Team bestimmt und vertraulich, sie werden nicht an deine Eltern oder an die Lehrer deiner Schule weitergegeben. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wenn du eine Frage nicht beantworten willst, ist das in Ordnung.

Danke für deine Mitarbeit!

Datum: Name: Klasse:

Wie geht es dir momentan? Kreuze an: 0= sehr unglücklich/unzufrieden 10= sehr glücklich/zufrieden

In der Schule fühle ich mich

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Zuhause fühle ich mich

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Mit meinem Körper bin ich

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Deine Gesundheit

Kreuze bitte an!

Deine Gesundheit	
Kreuze bitte an!	
Im Moment findest du, dass deine Gesundheit insgesamt	<input type="checkbox"/> gut ist <input type="checkbox"/> mittel ist <input type="checkbox"/> schlecht ist
Machst du dir Sorgen um deine Sicht? Wenn ja, warum?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Hast du nach dem Hören von lauter Musik schonmal Probleme mit den Ohren gehabt (Gefühl von Schwerhörigkeit, Pfeifen oder Brummen in den Ohren)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Machst du dir Sorgen um dein Gehör? Wenn ja, warum?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Machst du dir Sorgen um dein Wachstum, deine Größe, Gewicht oder deine Essgewohnheiten? Wenn ja, warum? Hast du schon etwas unternommen? Was?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Für die Mädchen: Hast du deine Periode? Wenn ja: Wann hattest du sie zum ersten Mal? Wenn du deine Periode hast, kannst du dann alle Dinge so tun wie sonst auch (Sport treiben, zur Schule gehen, ...)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Hast du momentan ein gesundheitliches Problem?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Deine Ernährungs- und Trinkgewohnheiten: bitte kreuze an, was du zu dir nimmst!

	Täglich	2-3mal pro Woche	Selten/ Nie
Frühstück	😊		
Vollkornbrot/ Graubrot	😊		
Obst	😊		
Gemüse	😊		
Milchprodukte (Milch, Käse, Joghurt)	😊		

	Täglich	2-3mal pro Woche	Selten / Nie
Fleisch	😊	😊	
Fisch	😊	😊	
Ei	😊	😊	
Vegetarisch		😊	
Weißbrot, Baguette			😊
Softdrinks (Cola, Limo)			😊
Süßigkeiten (Schokolade, Kuchen, ...)			😊
Salzige Snacks (Chips, ...)			😊
Alkohol			😊
Rauchen			😊

Wie viele 😊 hast du gesammelt? Zwischen 7 und 14? Toll!

Deine Lebensgewohnheiten	
Treibst du außerhalb der Schule Sport? Welchen? Wie oft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gehorst du zu einem Verein (Musik, Pfadfinder, Theater, ...)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Was sind deine Hobbies und Freizeitbeschäftigungen?	
Wie viele Stunden am Tag verbringst du mit/am... Computer/Tablet? Stunden am Tag Fernseher? Stunden am Tag Spielekonsole? Stunden am Tag Smartphone? Stunden am Tag	
Wie viele Stunden schläfst du im Durchschnitt pro Nacht?	
Gibt es jemanden, auf den du wirklich zählen kannst? (Eltern, Freunde, Geschwister, Lehrer, Erzieher, andere, ...) Wenn ja, wen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Gibt es etwas, worüber du dir Sorgen machst oder ein Thema, über welches du dir Fragen stellst? Kreuze bitte an:	
<input type="checkbox"/> Akne	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen
<input type="checkbox"/> Müdigkeit - Erschöpfung	<input type="checkbox"/> Stress - Angst
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Mutlosigkeit, Traurigkeit
<input type="checkbox"/> Schulschwierigkeiten/Druck/Prüfungsangst	<input type="checkbox"/> Zukunft – Zukunftsängste
<input type="checkbox"/> Ernährung – Diät	<input type="checkbox"/> Trauer
<input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Alkohol
<input type="checkbox"/> Soziale Medien	<input type="checkbox"/> Korperliche Beschwerden
<input type="checkbox"/> Beziehungsprobleme (Eltern, Lehrer, Geschwister, Freunde, ...)	<input type="checkbox"/> Tabak – Zigaretten
<input type="checkbox"/> Gewichtsprobleme – Magersucht – Bulimie	<input type="checkbox"/> Cannabis – Drogen
<input type="checkbox"/> Gynäkologie – Menstruation – Verhütung – Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Sexualität
<input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit - Depression – Blues – schwarze Gedanken – Suizid (Selbstmord)	<input type="checkbox"/> Sport
<input type="checkbox"/> anderes	
Möchtest du mit einem Mitarbeitenden von Kaleido über diese Themen sprechen? Wenn ja, bitte notiere hier deine Telefonnummer:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Hast Du Fragen oder Bemerkungen?