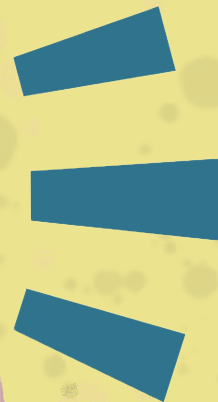


# Fragen zur Gesundheit





## Warum dieser Fragebogen?

Bis jetzt haben sich vor allem deine Eltern um deine Gesundheit gekümmert. In Zukunft wirst du auch für diesen Bereich immer mehr Selbstverantwortung übernehmen.

Im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung in der 2. Oberstufe bieten wir dir die Gelegenheit, Fragen über deine Gesundheit, dein Wohlbefinden und deine Entwicklung vertraulich zu besprechen. Das heisst, dass das Gespräch zwischen dir und der Ärztin / dem Arzt der Schweigepflicht untersteht.

Dieser Fragebogen dient zur Vorbereitung des Gesprächs und bietet dir die Möglichkeit, dir Gedanken über deine Gesundheit zu machen. Du kannst weitere Fragen hinzufügen oder Fragen weglassen, ganz in deinem Ermessen.

Der Fragebogen bleibt in deinem Besitz und wird von niemandem ausser dir und der Ärztin / dem Arzt eingesehen. Aber vergiss nicht, ihn zur schulärztlichen Untersuchung mitzubringen.

Falls du Hilfe brauchst oder Probleme hast, findest du auf der letzten Seite des Fragebogens Kontaktadressen, die dir in schwierigen Situationen weiterhelfen können.

Ich wünsche dir für die Zukunft alles Gute!

Deine Schulärztin, dein Schularzt



### Gesund, zufrieden - zwäg?

|   | ja                       | oft                      | manchmal                 | nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bist du glücklich und zufrieden?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bist du körperlich leistungsfähig?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kannst du gut einschlafen und durchschlafen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bist du mit deiner Grösse / deinem Gewicht zufrieden?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hast du jemanden, mit dem du offen über alles (Freude, Sorgen und Probleme) reden kannst?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wer ist das? .....  |                          |                          |                          |                          |
| Schützt du dich vor der Sonne?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schützt du deine Ohren vor lauter Musik?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hattest du in den letzten drei Monaten mehr als einmal Kopf- / Rücken- oder Bauchschmerzen? | <input type="checkbox"/> |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| Bist du oft traurig?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bist du oft müde?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Zukunft, Pläne?

|                                      |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hast du eine Lehrstelle in Aussicht? | <input type="checkbox"/> |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| Was wäre dein Traumberuf? .....      |                          |                          |                          |                          |
| Macht dir die Zukunft Angst?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Fit, bewegt - Freizeit?

|   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hast du Hobbys?   | <input type="checkbox"/> |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| Welche? .....   |                          |                          |                          |                          |
| Treibst du Sport?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wie viel Zeit verbringst du mit TV/PC/Spielkonsole/Handy? Etwa ..... Std. pro Tag |                          |                          |                          |                          |
| Verbringst du deiner Meinung nach viel Zeit damit?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hast du zu Hause Ämtli/Pflichten?   | <input type="checkbox"/> |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| Ist es dir häufig langweilig?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nimmst du ein Frühstück oder Znüni?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Isst du Früchte, Salate und Gemüse?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Was trinkst du hauptsächlich? .....   |                          |                          |                          |                          |
| Hast du Fragen zum Thema Ernährung/Diäten?  | <input type="checkbox"/> |                          |                          | <input type="checkbox"/> |

### Cannabis, Rauchen, Alkohol?

|   | ja                       | oft                      | manchmal                 | nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Rauchst du?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Snust du?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schnupfst du?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hast du dir schon überlegt, damit aufzuhören?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Konntest du schon einmal zwei Wochen darauf verzichten? | <input type="checkbox"/> |                          |                          | <input type="checkbox"/> |





Wie viele Zigaretten rauchst du? ..... pro Tag / ..... pro Woche / ..... pro Monat  
 Wie viel schnupfst du? ..... pro Tag / ..... pro Woche / ..... pro Monat  
 Wie viel snust du? ..... pro Tag / ..... pro Woche / ..... pro Monat  
 Was gefällt dir am Rauchen, Schnupfen, Snusen? .....

.....

**Für Nichtraucher/innen:**

|   | ja                       | oft                      | manchmal                 | nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bist du überzeugt vom Nichtrauchen?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gibt es einen Gruppendruck zum Rauchen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Hast du schon einmal Alkohol getrunken?**

|   |  |                                      |                                 |                          |
|---|--|--------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Wenn ja, hast du in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken? | <input type="checkbox"/>   |                                      |                                 | <input type="checkbox"/> |
| Wie oft trinkst du Alkohol?                                 | <input type="checkbox"/> weniger als 1x pro Monat <input type="checkbox"/> 1x pro Monat <input type="checkbox"/> 2-3x pro Monat <input type="checkbox"/> wöchentlich |                                      |                                 |                          |
| Warst du schon einmal betrunken?                            | <input type="checkbox"/>   |                                      |                                 | <input type="checkbox"/> |
| Wieso trinkst du Alkohol? .....                             |  |                                      |                                 |                          |
| Woher bekommst du den Alkohol? .....                        |  |                                      |                                 |                          |
| Trinkst du eher allein oder mit anderen?                    | <input type="checkbox"/> allein  | <input type="checkbox"/> mit anderen | <input type="checkbox"/> beides |                          |

**Hast du schon einmal Cannabis konsumiert?**

|   |  |                                      |                                 |                          |
|---|--|--------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Wenn ja, hast du in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert? | <input type="checkbox"/>   |                                      |                                 | <input type="checkbox"/> |
| Wie oft konsumierst du Cannabis?                              | <input type="checkbox"/> weniger als 1x pro Monat <input type="checkbox"/> 1x pro Monat <input type="checkbox"/> 2-3x pro Monat <input type="checkbox"/> wöchentlich |                                      |                                 |                          |
| Nimmst du Cannabis eher allein oder mit anderen?              | <input type="checkbox"/> allein  | <input type="checkbox"/> mit anderen | <input type="checkbox"/> beides |                          |
| Sind dir die Risiken bekannt?                                 | <input type="checkbox"/>   |                                      |                                 | <input type="checkbox"/> |

Hast du noch Fragen zu Suchtmitteln?

.....  
 .....

**Mobbing, Gewalt, Misshandlung?**

|  | ja                       | nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Hast du Fragen zu Mobbing, Gewalt, Misshandlung?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hast du in deinem Umfeld schon Mobbing, Gewalt, Misshandlungen gesehen?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hast du schon Mobbing, Gewalt, Misshandlungen selbst erlebt? Wenn ja, was davon? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Weisst du, wo du dich hinwenden kannst bei Mobbing, Gewalt, Misshandlung?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |





### Pubertät, Liebe - verhüten?

|  | ja                       | eher ja                  | eher nein                | nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Kannst du mit jemandem über Liebesfragen reden?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bist du ausführlich aufgeklärt worden?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, von wem? <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> andere: ..... |                          |                          |                          |                          |
| Hast du Fragen zur Pubertät oder zur körperlichen Entwicklung?   | <input type="checkbox"/> |                          |                          | <input type="checkbox"/> |

### Hast du Fragen zum weiblichen Körper?

|  |                          |  |  |                          |
|--|--------------------------|--|--|--------------------------|
| Zu Körperveränderungen (Akne)?                               | <input type="checkbox"/> |  |  | <input type="checkbox"/> |
| Zu den Geschlechtsorganen (Brust, Vagina, Jungfernhäutchen)? | <input type="checkbox"/> |  |  | <input type="checkbox"/> |
| Zur Periode/Menstruation?                                    | <input type="checkbox"/> |  |  | <input type="checkbox"/> |

### Hast du Fragen zum männlichen Körper?

|  |                          |  |  |                          |
|--|--------------------------|--|--|--------------------------|
| Zu Körperveränderungen (z.B. Brust, Akne)? | <input type="checkbox"/> |  |  | <input type="checkbox"/> |
| Zu den Geschlechtsorganen (Penis, Hoden)?  | <input type="checkbox"/> |  |  | <input type="checkbox"/> |

### Allgemeine Fragen

|   |                          |  |  |                          |
|---|--------------------------|--|--|--------------------------|
| Hast du Fragen zur Schwangerschaftsverhütung?   | <input type="checkbox"/> |  |  | <input type="checkbox"/> |
| Hast du Fragen zum Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen (z.B. HIV/AIDS, Hepatitis, HPV usw.)? | <input type="checkbox"/> |  |  | <input type="checkbox"/> |
| Möchtest du Infos zum Kondom/Präservativ?   | <input type="checkbox"/> |  |  | <input type="checkbox"/> |
| Hast du Fragen zu deiner Sexualität?  | <input type="checkbox"/> |  |  | <input type="checkbox"/> |
| Hast du Fragen zum Thema „sich als Mädchen/Junge im falschen Körper fühlen“?                          | <input type="checkbox"/> |  |  | <input type="checkbox"/> |
| Möchtest du mehr wissen zum Thema lesbisch, schwul, bisexuell?  | <input type="checkbox"/> |  |  | <input type="checkbox"/> |

### Weitere Fragen

Vielleicht haben wir nicht alle für dich wichtigen Themen angesprochen.

Hier hat es Platz für weitere Fragen:

.....

.....

.....

.....



## Anlaufstelle für Jugendliche

Jugend-, Eltern-, Suchtberatung  
kontakt uri  
Gemeindehausplatz 2  
6460 Altdorf  
Telefon 041 874 11 80  
mail@kontakt-uri.ch  
www.kontakt-uri.ch

Kinder- und Jugendpsychiatrie Uri  
Seedorferstrasse 6  
6460 Altdorf  
Telefon 041 859 17 77

Sorgentelefon für Kinder und Jugendliche  
Telefon 147  
www.147.ch

Kinder- und Jugendförderung  
Klausenstrasse 4, 6460 Altdorf  
Telefon 041 875 20 96  
www.ur.ch/jugend

Schulpsychologischer Dienst  
Klausenstrasse 4  
6460 Altdorf  
Telefon 041 875 20 92  
schulpsychologie@ur.ch  
www.ur.ch/spd

Vergiftungsgefahr  
tox info Swiss  
Notfall Telefon 145 (24h/7 Tage)  
info@toxinfo.ch  
www.toxinfo.ch

Fachstelle Kinderschutz  
Klausenstrasse 4  
6460 Altdorf  
Telefon 041 875 20 92

### Links

[www.familien-uri.ch](http://www.familien-uri.ch)  
[www.jugendnetzuri.tschau.ch](http://www.jugendnetzuri.tschau.ch)  
[www.feel-ok.ch](http://www.feel-ok.ch)  
[www.lilli.ch](http://www.lilli.ch)

Opferhilfe Beratungsstelle Uri  
Gotthardstrasse 25  
Postfach 434  
6410 Goldau