



## LEITFADEN ZUM GESPRÄCH ÜBER DIE GESUNDHEIT FÜR DIE SCHULKINDER DER 7. ODER 8. HARMOS DES KANTONS FREIBURG

(bitte selber ausfüllen und zum Gespräch mit der Schulärztin/dem Schularzt mitbringen)

Warum dieser Fragebogen: bald wirst du die Schulärztin/den Schularzt treffen. Dies ist die Gelegenheit, über deine Gesundheit und deine Sorgen zu sprechen. Fülle den Leitfaden zum Gespräch sorgfältig aus; du musst nicht zwingend alle Fragen beantworten.

Nur die Schulärztin/der Schularzt, mit der/dem du sprechen wirst, kann deine Antworten sehen. Und diese bleiben selbstverständlich unter euch (vertraulich). Ist jedoch deine Gesundheit oder deine Sicherheit in Gefahr, ist die Schulärztin/der Schularzt dazu verpflichtet, nach Rücksprache mit dir, eine andere Fachperson zu informieren.

### A. Körperliche Gesundheit

- |  | <b>ja</b>                | <b>nein</b>              |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ich fühle mich gesund   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mein Gesundheitszustand macht mir Sorgen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich habe oft Schmerzen (Kopf-, Rücken oder andere Schmerzen)                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich habe oft Bauchweh   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich bin oft müde  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Manchmal glaube ich, in Ohnmacht zu fallen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ich habe früher eine Krankheit oder einen Unfall erlitten, an deren/dessen Folgen ich jetzt leide | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ich bin bei einem Arzt oder anderswo in Behandlung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ich muss täglich ein Medikament einnehmen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ich gehe jährlich beim Zahnarzt zur Kontrolle  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. (für Mädchen) Ich habe meine Monatsregel   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### B. Gewohnheiten (Ernährung, Freizeit, Schlaf ...)

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 12. Ich lasse manchmal eine der drei Mahlzeiten aus                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Ich esse oft zwischen den Mahlzeiten  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Ich befolge eine Diät   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Nach dem Essen putze ich regelmässig die Zähne                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Ich wasche mich täglich   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Ich schlafe leicht ein  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Ich habe genügend freie Zeit für mich allein                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Ich treibe Sport  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Ich habe eine (Freizeit) Beschäftigung ausserhalb der Schule, die mir Spass macht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Ich habe schon (im Versteckten) Zigaretten geraucht                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alkohol getrunken   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**C. Selbstwertgefühl**

**ja** **nein**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 22. Ich bin zufrieden mit meinem äusseren   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Ich fühle mich wohl in meiner Haut  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Ich finde mich zu dick  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zu dünn   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Ich finde mich zu klein   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zu gross  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Ich fühle mich wohl in der Schule   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Ich fühle mich nützlich   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Ich bin manchmal traurig, möchte weinen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Ich habe Sorgen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Ich fühle mich schnell gestresst  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Es beschäftigen mich Fragen zur Sexualität und<br>meiner körperlichen Veränderung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**D. Beziehungen zu den Anderen**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 32. Ich habe ein gutes Verhältnis zu meinen Eltern  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Ich verstehe mich gut mit meinen Geschwistern   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Ich verstehe mich gut mit meinen Schulkameraden/Innen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Ich werde von den Anderen (in der Familie, in der Schule, andernorts)<br>respektiert                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Ich glaube, dass ich allgemein beliebt bin  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Ich komme gut mit den Anderen aus und respektiere sie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Ich fühle mich in Sicherheit in der Schule, auf dem Schulweg und ausser Haus  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Ich werde oder bin schon mit Gewalt konfrontiert worden   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Ich bin schon Opfer von Gewalt oder in eine Schlägerei verwickelt gewesen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Ich bin schon von Erwachsenen für mich unangenehm betastet worden<br>(Küsse, Liebkosungen, Berührungen/Streicheleien) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Ich habe jemanden, dem ich meine Probleme anvertrauen kann  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Andere Probleme, über die ich sprechen möchte (bitte beschreiben)   |                          |                          |

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---