



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, eine andere Fachperson zu informieren, auch wenn du dies nicht möchtest. Sie oder er wird aber zuerst arbeiten wir gerne mit ihm zusammen.

A. Körperliche Gesundheit

ja nein

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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
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)
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
(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) | | |
