



**Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion  
des Kantons Bern**  
Gesundheitsamt  
Kantonsärztlicher Dienst

## Schulärztlicher Dienst

### Fragebogen für Jugendliche

Liebe Schülerin  
Lieber Schüler

Demnächst findet die obligatorische schulärztliche Untersuchung durch die Schulärztin/den Schularzt statt.

Bis jetzt haben sich vor allem deine Eltern um deine Gesundheit gekümmert. In Zukunft bist du dafür immer mehr selbst verantwortlich.

Deine Gesundheit ist zwar deine ganz private Angelegenheit. Wir machen dir jedoch das Angebot, anlässlich der schulärztlichen Untersuchung Fragen, die deine Gesundheit, dein Wohlbefinden und deine Entwicklung betreffen, vertraulich zu besprechen.

Dieser Fragebogen ist als freiwillige Vorbereitung für das Beratungsgespräch mit der Schulärztin/dem Schularzt zu verstehen. Nimm dir Zeit dafür. Du musst Fragen, die dir nicht passen nicht beantworten. Wichtig zu wissen: **Der Fragebogen bleibt in deinem Besitz und sämtliche Informationen aus dem Fragebogen unterstehen der ärztlichen Schweigepflicht.**

Vergiss bitte nicht mitzunehmen:

- diesen ausgefüllten **Fragebogen** in einem Briefumschlag
- eine eventuell vorhandene **Brille**
- den **Impfausweis**
- die **schriftliche Einwilligung** deiner Eltern auf dem entsprechenden Formular „Freiwillige Impfungen“ und den Krankenkassenausweis, falls nötige freiwillige Impfungen gleich durchgeführt werden.

---

**Kreuze die passenden Antworten an (mehrere Antworten sind möglich!!!)**

gesund,  
zwäg?

zufrieden?

Wie geht es dir?

- Ich fühle mich völlig gesund  
 Ich fühle mich im Moment etwas "angeschlagen"

Leidest du an einer Krankheit oder Behinderung? \_\_\_\_\_

- Ich habe oft Schmerzen oder andere unangenehme Empfindungen  
 Nimmst du regelmässig Medikamente ein?

Ich habe ein anderes Problem \_\_\_\_\_



Wieviel Zeit verbringst du am TV, mit neuen Medien (Computer, Handy/Smartphone, Gamekonsolen, usw.)? \_\_\_\_\_ Stunden pro Tag

- Fällt es dir leicht offline zu gehen?
- Hast du schon Bedrohung aus dem Internet erlebt

Hast du mit der Ernährung irgendein Problem?

- Nein
- Ich esse zu viel
- Ich esse zu wenig
- Ich esse zu viel ungesunde und zu wenig gesunde Sachen
- Ich bin mit meiner Figur unzufrieden

Möchtest du deine Ernährungsgewohnheiten ändern?

- Ja
- Nein
- Ich wäre froh um eine Hilfe

Wir essen regelmässig am Familientisch



	ja	nein
Kannst du mit jemandem ernsthaft über Liebe und Sex reden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bist du ausführlich aufgeklärt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, von wem? <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Andere		
Fühlst du dich über das Thema Sex gut informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fällt es dir leicht deine Bedürfnisse zu formulieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fällt es dir leicht deine Bedürfnisse durchzusetzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast du Fragen		
- zur Pubertät oder zu deiner körperlichen Entwicklung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zu deiner Sexualität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zur Schwangerschaftsverhütung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zum Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen (z.B. HIV/AIDS, Hepatitis, HPV, Chlamydien, usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zur Selbstbefriedigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchtest du Infos zum Kondom/Präservativ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Für Mädchen

Hast du Fragen

- zu den Körperveränderungen?  ja  nein
- zur Periode/Menstruation?  ja  nein

Hast du die erste Periode gehabt?  ja  nein

### Für Jungen

Hast du Fragen

- zu den Körperveränderungen (z.B. Brust bei Jungen)?  ja  nein
- zu den Geschlechtsorganen (Penis, Hoden)?  ja  nein

**Rauchen,  
Kiffen?**

**Alkohol?**

Rauchst du zur Zeit?

- Jeden Tag
- Mindestens einmal in der Woche, aber nicht jeden Tag
- Weniger als einmal in der Woche
- Ich rauche nicht

Hast du dir schon überlegt, mit dem Rauchen aufzuhören?

- Ja
- Nein
- Ich wäre froh um eine Hilfe

Wie ist dein Alkoholkonsum?

- Ich trinke keinen Alkohol
- Ich trinke gelegentlich Alkohol
- Ich trinke mindestens wöchentlich Alkohol
- Ich habe schon mehr als einen Alkoholrausch erlebt

Konsumierst du Drogen?

- Nein
- Ja, ich habe im letzten Jahr mehr als 5x Cannabis/Haschisch genommen
- Ja, ich habe schon andere Drogen genommen

Welche? \_\_\_\_\_

Hattest du auch schon Probleme im Zusammenhang mit Alkohol- oder Drogenkonsum?

- Ja
- Nein

Wie kommst du in die Schule? \_\_\_\_\_

Trägst du beim Velofahren einen Helm?

- Ja, immer
- Nein, das stört mich

Weißt du, dass beim Velo- oder Töfflifahren dieselben Alkohol- und Drogengrenzwerte gelten wie beim Autofahren?

- Ja
- Nein

Hast du schon Vorstellungen über deine Berufswahl?

- Ja, ich würde gerne \_\_\_\_\_ lernen
- Weiss nicht
- Nein

**Fragen?**

Hast du weitere Fragen zu den folgenden Themen?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gewicht                    | <input type="checkbox"/> Herz                  | <input type="checkbox"/> Drogen                    |
| <input type="checkbox"/> Blutdruck                  | <input type="checkbox"/> Magen/Darm            | <input type="checkbox"/> Selbstmord                |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen              | <input type="checkbox"/> Essen/Ernährung       | <input type="checkbox"/> Vergewaltigung/Missbrauch |
| <input type="checkbox"/> Schwindel                  | <input type="checkbox"/> Verstopfung/Durchfall | <input type="checkbox"/> Tod                       |
| <input type="checkbox"/> Ohnmacht                   | <input type="checkbox"/> Hautausschläge        | <input type="checkbox"/> Krebs                     |
| <input type="checkbox"/> Augen/Sehen                | <input type="checkbox"/> Wasserlösen           | <input type="checkbox"/> Anderes                   |
| <input type="checkbox"/> Ohren/Hören                | <input type="checkbox"/> Bettnässen            | _____  |
| <input type="checkbox"/> Nase/Schnupfen/Riechen     | <input type="checkbox"/> Schlafprobleme        | _____  |
| <input type="checkbox"/> Rücken/Nacken              | <input type="checkbox"/> Müdigkeit             | _____  |
| <input type="checkbox"/> Arme/Beine/Gelenke/Muskeln | <input type="checkbox"/> Traurigkeit           | _____  |
| <input type="checkbox"/> Brust                      | <input type="checkbox"/> Gewalt                | _____  |

Hast du noch andere Fragen, die du gerne bei der schulärztlichen Untersuchung besprechen möchtest?

---

---

---

---

Vielen Dank fürs Mitmachen !

Deine Schulärztin/Dein Schularzt