

J2 – Jugendlichenfragebogen für 12- bis 16-Jährige

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Ausgefüllt am: _____

Kreuze bitte an, ob die unten aufgeführten Probleme bei Dir in den letzten 6 Monaten aufgetreten sind. Mache bitte nur ein Kreuz in jeder Zeile, setze die Kreuze nur auf die Kästchen, nicht in die Zwischenräume und lasse bitte keine Fragen aus. Solltest Du zurzeit Medikamente erhalten, die Dein Verhalten verändern, dann beantworte die Fragen so, wie du Dich verhältst, wenn du keine Medikamente einnimmst.

Ich...

- habe Migräne Ja Nein
- musste wegen Kopfschmerzen zum Arzt Ja Nein
- leide unter asthmatischen Beschwerden o. einer chronischen Bronchitis Ja Nein
- mache mir viele Sorgen über meine Gesundheit Ja Nein
- habe manchmal nervöse Zuckungen (Blinzeln oder Räuspern) Ja Nein
- kann schlecht einschlafen (d.h. liege mehr als eine Stunde wach) Ja Nein
- wache nachts häufig auf und kann nur schlecht wieder einschlafen Ja Nein
- muss bei starker Aufregung stottern Ja Nein
- habe mehr als einmal im letzten halben Jahr ins Bett gemacht Ja Nein
- habe mehr als einmal im letzten halben Jahr eingekotet Ja Nein
- hab meistens nur wenig Appetit Ja Nein
- bin sehr wählerisch beim Essen Ja Nein
- habe ständig Angst, dick zu werden Ja Nein
- habe aufgrund meines Essverhaltens mindestens 7kg abgenommen und bin untergewichtig Ja Nein
- habe mindestens 10kg Übergewicht Ja Nein
- werde manchmal wegen meines Übergewichts geärgert Ja Nein

- habe mit meinen Eltern oft Streit Ja Nein
- mache, was ich will, auch wenn meine Eltern anderer Ansicht sind Ja Nein
- wurde wegen meinem Verhalten schon einmal von einem Schulbesuch,
von einem Ausflug oder einem Landheimaufenthalt ausgeschlossen Ja Nein
- schwänze manchmal die Schule Ja Nein
- habe starke Angst davor, zur Schule zu gehen Ja Nein
- streite mich fast jeden Tag mit meinen Geschwistern Ja Nein
- dabei kommt es auch zu ernsthaften Verletzungen, Quälereien oder
Drohungen Ja Nein
- werde von anderen Jugendlichen häufig geärgert, gehänselt, geprügelt Ja Nein
- habe Angst vor anderen Jugendlichen Ja Nein
- wechsele häufig meine Freunde Ja Nein
- bin in der Schule sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert Ja Nein
- bin bei den Hausaufgaben sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert Ja Nein
- bin bei Regelspielen (Karten- oder Brettspiele) leicht ablenkbar und
unkonzentriert Ja Nein
- bin in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht still sitzen Ja Nein
- bin im Straßenverkehr oft unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten Ja Nein
- bin beim Spielen oft vorschnell, unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten Ja Nein
- bin beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause oft sehr
unüberlegt und vorschnell Ja Nein
- habe fast täglich einen Wutanfall Ja Nein
- bin ängstlich, mache mir viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.B.
Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben) Ja Nein
- werde dann manchmal vor Aufregung „krank“ Ja Nein
- habe panische Angst vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten Ja Nein
- habe panische Angst davor, alleine zu Hause zu sein Ja Nein
- habe panische Angst vor fremden Menschen (z.B. bei einer Einladung) Ja Nein
- habe panische Angst vor Blitz, Donner oder Dunkelheit Ja Nein
- habe panische Angst vor dem Zahnarzt, vor Spritzen, Blut oder Verletzungen Ja Nein
- bin schon fast übertrieben ordentlich Ja Nein
- wasche mir oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind Ja Nein

- kontrolliere bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach (z.B. dass Türen oder Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist usw.) Ja Nein
- kaue oder reiße so stark die Fingernägel, dass es häufig zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise frei liegt Ja Nein
- bin mindestens einmal pro Woche für mindestens eine Stunde traurig Ja Nein
- diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis Ja Nein
- bin nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn ich traurig bin Ja Nein
- war schon einmal mindestens 2 Wochen durchgängig traurig Ja Nein
- habe schon einmal ernsthaft daran gedacht, mich umzubringen Ja Nein
- rauche mindestens 1 Schachtel Zigaretten pro Woche Ja Nein
- trinke mehrmals pro Woche Alkohol Ja Nein
- bin mehrmals pro Monat angetrunken Ja Nein
- habe zu Hause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolles (Wert höher als 30€) gestohlen Ja Nein
- habe schon mindestens fünfmal wertvolle Dinge entwendet Ja Nein
- habe schon einmal mit Absicht fremde Dinge zerstört oder beschädigt Ja Nein
- dabei ist ein Schaden von mindestens 30€ entstanden Ja Nein
- bin schon von zu Hause weggelaufen Ja Nein
- habe folgende, oben nicht genannte Probleme, die ich mitteilen möchte:
