

J1

Name des/der Jugendlichen:

Datum:

1. Ich habe selten oder nie Kopfschmerzen.
2. Ich mache mir eigentlich keine Sorgen um meine Gesundheit.
3. Ich kann meistens gut schlafen.
4. Ich bin wenig wählerisch beim Essen.
5. Ich bin mit meiner Figur/meinem Körper zufrieden.
6. Ich verstehe mich mit meinen Eltern meistens gut.
7. Ich verstehe mich mit meinen Geschwistern meistens gut.
8. Ich gehe regelmäßig und meisten ganz gerne zur Schule.
9. Ich komme in der Schule gut klar.
10. Ich kann mich gut konzentrieren und lernen.
11. Ich habe guten Kontakt zu anderen Jugendlichen.
12. Ich habe einige langjährige Freundschaften.
13. Ich schaue meist unbesorgt in die Zukunft.
14. Ich bin oft und unbegründet über Tage traurig.
15. Ich mache regelmäßig Sport in der Schule.
16. Ich habe Hobbies, denen ich in meiner Freizeit nachgehe.
17. In meiner Freizeit bin ich sportlich aktiv.

18. Wie viele Stunden/Tag beschäftigst Du Dich regelmäßig mit PC, TV und Handy im Schnitt?
19. Rauchst Du, trinkst Du Alkohol oder nimmst Du Drogen?