



Fragebogen für Schülerinnen und Schüler ab 11 Jahren und älter

Liebe Schülerin, lieber Schüler,¹

das Schul-Personal hat Verstärkung bekommen! Seit kurzem arbeitet eine Schul-Gesundheits-Fachkraft an Deiner Schule.

Wir sind ein wissenschaftliches Institut und haben den Auftrag, herauszufinden, wie die Schul-Gesundheits-Fachkraft Dich und Deine Mitschüler in Gesundheitsthemen unterstützen kann.

Dazu brauchen wir Deine Mithilfe und bitten Dich, diesen Fragebogen auszufüllen. Du darfst selbst entscheiden, ob Du das möchtest, die Teilnahme ist freiwillig. Das Ausfüllen dauert ca. 45 Minuten.

Wir sammeln die Antworten aller Schüler und fassen sie dann zusammen. Niemand erfährt, welche einzelnen Antworten Du in diesem Fragebogen gegeben hast - auch nicht Deine Eltern, Deine Lehrer oder die Schul-Gesundheits-Fachkraft. Das heißt, alles was Du schreibst, bleibt geheim.

Deswegen ist es **wichtig**, dass ...

... Du Deinen Namen **NICHT** in diesen Fragebogen schreibst.

... Du die **Einwilligungserklärung NICHT in den Umschlag** steckst, sondern extra Deinem Klassenlehrer abgibst.

... Du den ausgefüllten Fragebogen in den **Briefumschlag** steckst und ihn **zuklebst** und wieder Deinem Klassenlehrer abgibst.

Falls Du den Fragebogen mit nach Hause nimmst, hast Du zum **Abgeben bis zum 27.04.2017** Zeit.

Du weißt am besten, wie es Dir geht. Deswegen ist uns **Deine Meinung** sehr wichtig!

Wenn Du Fragen hast, kannst Du Dich bei uns melden unter:

Adresse: Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
SPLASH
Augustenburger Platz 1 | 13353 Berlin

Telefon: 030-450 529 124 oder 030-450 529 149

E-Mail: splash@charite.de

Vielen Dank! Wir freuen uns sehr darüber, dass Du unseren Fragebogen beantwortest!

Und nun viel Spaß!

¹ Im Folgenden verwenden wir nur noch die männliche Ansprache zur besseren Lesbarkeit. Wir möchten ausdrücklich darauf hinweisen, dass immer beide Geschlechter gemeint sind.

Trage bitte hier Deine persönliche Nummer ein. Du erhältst sie von Deinem Lehrer.



ID

Bitte beachte vor dem Ausfüllen folgende Hinweise:

- (1) Kreuze nur das an, was auf Dich zutrifft.
- (2) Bitte beantworte alle Fragen vollständig und lasse keine Frage aus.

- (3) Wenn Du eine Deiner Antworten korrigieren musst, bitte male das falsch angekreuzte Kästchen mit Deinem Stift aus und kreuze das passende Kästchen an.

der letzten Woche vor, dass ...
n nie selten



- (3) Wir bitten Dich, in großen Druckbuchstaben zu schreiben.

in einem anderen Land, welchem:
Russland



in einem anderen Land, welchem:
RUSSLAND



- (5) Bitte versuche, Zahlen in die hellgrau-umrandeten Kästchen zu schreiben und nicht über den Rand hinaus.

08 Monat 2003 Jahr



08 Monat 2003 Jahr



Angaben zu Deiner Person

1 Bist Du... ein Mädchen ein Junge

2 In welchem Monat bist Du geboren? Monat

In welchem Jahr? Jahr

3 In welchem Land bist Du geboren?

in Deutschland

in einem anderen Land. In welchem?

4 Welche Muttersprache sprichst Du?

Deutsch

eine andere. Welche?

Ich wachse zweisprachig auf.

5 In welchem Land sind Deine Eltern geboren? (Bitte für beide Elternteile angeben!)

Mutter in Deutschland in einem anderen Land. In welchem?

Vater in Deutschland in einem anderen Land. In welchem?

6 In die wievielte Klasse gehst Du? In die . Klasse (→ weiter mit Frage 8)

7 Wenn Du zurzeit eine berufsbildende Schule besuchst, zu welcher Abteilung gehörst Du?

Abteilung 1

Abteilung 2

Abteilung 3

8 Hast Du seit Deinem Schuleintritt...

...alle Klassenstufen regulär durchlaufen?

...eine/mehrere Klasse(n) übersprungen?

...eine/mehrere Klasse(n) wiederholt?

- 9 Stelle Dir bitte eine Leiter mit 10 Sprossen vor. Sie soll zeigen, wo die Menschen in Deutschland stehen. Ganz oben auf der Leiter stehen die Menschen, die das meiste Geld, die höchste Bildung und die besten Jobs haben. Ganz unten stehen die Menschen, die das wenigste Geld, die geringste Bildung und die schlechtesten oder gar keine Jobs haben. Kannst Du sagen, wo Du Dich selbst und Deine Familie einordnen würdest?

Bitte kreuze die entsprechende Sprosse an.

- 10: höchste Stellung in Deutschland
- 9:
- 8:
- 7:
- 6:
- 5:
- 4:
- 3:
- 2:
- 1: niedrigste Stellung in Deutschland

Fragen zu Deinem Gesundheitszustand

- 10 Wie groß bist Du ohne Schuhe?

(bitte in Zentimeter angeben)

 cm

weiß nicht

- 11 Wie viel wiegst Du?

(bitte in Kilogramm angeben)

 kg

weiß nicht

- 12 Wie würdest Du Deinen Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

sehr gut gut mittelmäßig schlecht sehr schlecht

- 13 Hast Du eine andauernde Erkrankung oder eine Behinderung?

nein (→ dann weiter mit Frage 20)

ja, welche: _____

Wenn Du „ja“ angekreuzt hast, gib bitte Deinen Eltern den Zusatzfragebogen „Eltern von Schülerinnen und Schülern mit chronischer Erkrankung, Behinderung oder Sonderpädagogischen Förderbedarf“.

Du bekommst den Fragebogen im Sekretariat oder bei der Schul-Gesundheits-Fachkraft.

Mit den folgenden Fragen möchten wir gern herausfinden, wie Du Deinen Alltag mit dieser andauernden Erkrankung oder der Behinderung erlebst.

14	Wie fühlst Du Dich?	nie	selten	manchmal	oft	immer
	In der letzten Woche hatte ich Angst, meine Erkrankung könnte schlimmer werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In der letzten Woche war ich wegen meiner Erkrankung traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In der letzten Woche kam ich mit meiner Erkrankung gut zurecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In der letzten Woche behandelten mich meine Eltern wegen der Erkrankung wie ein kleines Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In der letzten Woche wollte ich, dass keiner etwas von meiner Erkrankung merkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Nimmst Du am Sportunterricht teil?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie	
16	Wie viel Rücksicht wird im Schulalltag wegen Deiner Erkrankung oder Behinderung auf Dich genommen?					
	durch Mitschüler	<input type="checkbox"/> zu viel	<input type="checkbox"/> genau richtig	<input type="checkbox"/> zu wenig		
	durch Lehrpersonal	<input type="checkbox"/> zu viel	<input type="checkbox"/> genau richtig	<input type="checkbox"/> zu wenig		
17	Nimmst Du an den folgenden Schulaktivitäten teil?					
	Ausflüge	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie	
	Klassenfahrten	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie	
	Projekttag	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie	
18	Nimmst Du an den gemeinsamen Pausen mit Deinen Mitschülern teil?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> nie		
19	Wirst Du in der Schule wegen Deiner andauernden Erkrankung oder Behinderung manchmal „gehänselt“?					
		nie	seltener als einmal im Monat	jeden Monat	jede Woche	fast täglich oder öfter
	von Mitschülern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	von Lehrpersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Krankheiten und Unfälle

Im Folgenden geht es um Unfälle und Krankheiten **in der Schule**. Bitte denke nun an die letzten **drei Monate**.

Wenn Du **keinen** Unfall in der Schule hattest oder **nicht** in der Schule krank warst, trage bitte eine **Null** ein.

20		Unfall	Krankheit
	Wie oft hattest Du in der Schule einen Unfall oder warst krank und konntest trotzdem <u>in der Schule bleiben</u> ?	<input type="text"/> <input type="text"/> mal	<input type="text"/> <input type="text"/> mal
	Wie oft hattest Du in der Schule einen Unfall oder warst krank und wurdest deshalb <u>nach Hause geschickt</u> ?	<input type="text"/> <input type="text"/> mal	<input type="text"/> <input type="text"/> mal
	Wie oft hattest Du in der Schule einen Unfall oder warst krank und musstest <u>von der Schule abgeholt</u> werden?	<input type="text"/> <input type="text"/> mal	<input type="text"/> <input type="text"/> mal
	Wie oft hattest Du in der Schule einen Unfall oder warst krank und musstest deswegen <u>während der Schulzeit zum Arzt</u> ?	<input type="text"/> <input type="text"/> mal	<input type="text"/> <input type="text"/> mal
	Wie oft hattest Du in der Schule einen Unfall und musstest deswegen <u>während der Schulzeit in eine Notfallambulanz/ in ein Krankenhaus</u> ?	<input type="text"/> <input type="text"/> mal	<input type="text"/> <input type="text"/> mal
	Wie oft warst Du krank und musstest deswegen <u>während der Schulzeit in eine Notfallambulanz/ in ein Krankenhaus</u> ?	<input type="text"/> <input type="text"/> mal	<input type="text"/> <input type="text"/> mal
21	Wie oft hast Du im <u>letzten Schulhalbjahr</u> insgesamt im Unterricht gefehlt?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Schultag(e) <input type="text"/> <input type="text"/> Schulwochen	
22	Welche Telefonnummer würdest Du wählen, wenn Du einen Krankenwagen oder einen Notarzt brauchst?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

23 Wohin wendest Du Dich am ehesten, wenn Du Informationen darüber suchst, wie Du fit und gesund bleiben kannst (zum Beispiel Sport, Ernährung ...)? Du kannst bis zu **drei Angaben machen.**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bücher, Broschüren oder Zeitschriften | <input type="checkbox"/> Beratungsstelle |
| <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt |
| <input type="checkbox"/> anderes Familienmitglied | <input type="checkbox"/> Hausarzt |
| <input type="checkbox"/> Apotheke | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Freunde und Bekannte | <input type="checkbox"/> Facharzt |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendarzt | <input type="checkbox"/> Schul-Gesundheits-Fachkraft |
| <input type="checkbox"/> an niemanden | <input type="checkbox"/> an jemand anderen, und zwar |

Nun geht es um das Thema Schule.

24 An wen wendest Du Dich in der Schule am ehesten, wenn es Dir nicht gut geht?

Du kannst bis zu **drei Angaben** machen.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sanitätsdienst | <input type="checkbox"/> Vertrauenslehrer |
| <input type="checkbox"/> Klassenlehrer | <input type="checkbox"/> andere Lehrer |
| <input type="checkbox"/> Schulleiter | <input type="checkbox"/> Schul-Gesundheits-Fachkraft |
| <input type="checkbox"/> Schulpsychologe | <input type="checkbox"/> Hausmeister |
| <input type="checkbox"/> Sonderpädagoge | <input type="checkbox"/> Erzieher (zum Beispiel im Hort) |
| <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter | <input type="checkbox"/> Schulsekretärin |
| <input type="checkbox"/> Integrationshelfer, Schulbegleiter, Schulassistenz, Integrationsassistenz | |
| <input type="checkbox"/> Anruf bei den Eltern oder anderen Familienangehörigen | |
| <input type="checkbox"/> an niemanden | <input type="checkbox"/> an jemand anderen, und zwar |

25 Wie oft kommt es an Deiner Schule zu gewaltsamen Auseinandersetzungen?

	täglich oder fast täglich	jede Woche	jeden Monat	seltener als einmal im Monat	nie
--	----------------------------------	-------------------	--------------------	-------------------------------------	------------

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| körperliche Gewalt, zum Beispiel Prügeleien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| verbale Gewalt, zum Beispiel Anschreien, Beleidigungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

26 Weißt Du, an wen Du Dich in Deiner Schule wenden kannst und wer Dir weiterhilft, wenn Du bei gewaltsamen Auseinandersetzungen dabei bist oder sie beobachtest?

ja nein

27 Wie gefällt Dir Folgendes in der Schule?

Wenn es etwas nicht gibt, kreuze bitte „nicht vorhanden“ an.

	sehr gut	eher gut	mittel- mäßig	eher schlecht	sehr schlecht	nicht vor- handen
Gesamtzustand des Schulgebäudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberkeit und Hygiene an der Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufenthaltsräume für Pausen und Freistunden innerhalb des Schulgebäudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulhof	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhezonen und Ruheräume für Schüler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bequemlichkeit der Möbel in den Klassenräumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungsmöglichkeiten in Pausen und Freistunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essensausgaben am Schulkiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essensangebot in der Kantine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raumklima in der Schule, wie zum Beispiel Wärme, Kälte, Zugluft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilder für Notfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammenarbeit mit außerschulischen Einrichtungen (Musikschule, Sportvereine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erste Hilfe an der Schule, Sanitätsdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28 Hast Du im letzten Schuljahr außerhalb des Unterrichtes aber in der Schule Projekte oder Veranstaltungen zu gesundheitlichen Themen besucht?

ja nein es gab keine Angebote

29 Welche Aufgaben sollte die Schul-Gesundheits-Fachkraft Deiner Meinung nach haben?

Mehrfachnennungen sind möglich.

- Ansprechperson bei körperlichen und psychischen Beschwerden
- Erste Hilfe
- Vertrauensperson
- Zusammenarbeit mit dem örtlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
- Anwenden von Hausmitteln wie Tee, Wärmeflaschen etc.
- Ausgeben von Hygieneartikeln (z.B. Tampons, Taschentücher usw.)
- Beratung bei Gewichtsproblemen
- Beratung bei Sucht
- Beratung bei der Einnahme von Medikamenten
- Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderung
- Fortbildungen zu Gesundheitsthemen
- Beratung dazu, wie man gesund bleiben kann
- andere Aufgaben, und zwar

Super, Du hast schon mehr als die Hälfte geschafft 😊!

Bitte einmal tief Luft holen und weiter geht es mit den Fragen...

30 Wie oft bist Du in Deiner Freizeit körperlich aktiv (zum Beispiel Fußball spielen, Skateboard oder Fahrrad fahren), so dass Du richtig ins Schwitzen kommst oder außer Atem bist?

nie	etwa jeden Tag	3-5 mal in der Woche	etwa 1-2 mal in der Woche	etwa 1-2 mal im Monat
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31 Wie oft putzt Du Dir die Zähne?

zweimal täglich oder häufiger	einmal täglich	mehrmals pro Woche	einmal pro Woche oder seltener	gar nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32 In welchen Abständen gehst Du zur Kontrolle zum Zahnarzt?

<input type="checkbox"/> vierteljährlich	<input type="checkbox"/> halbjährlich	<input type="checkbox"/> einmal im Jahr	<input type="checkbox"/> seltener	<input type="checkbox"/> noch nie
--	---------------------------------------	---	-----------------------------------	-----------------------------------

33 Schlaf

Wie häufig kam es in der **letzten Woche** vor, dass Du nicht einschlafen konntest? nie selten manchmal oft immer

Wie häufig kam es in der **letzten Woche** vor, dass Du nicht durchschlafen konntest? nie selten manchmal oft immer

34 Wie häufig hast Du in der **letzten Woche** ein Schlafmittel eingenommen, das nicht von einem Arzt verordnet war?

Mal nie

35 Hattest Du in den vergangenen **drei Monaten**...

... so starke Schmerzen, dass Du nicht am Unterricht teilnehmen konntest? ja nein

... so starke Schmerzen, dass Du einen Arzt aufgesucht hast? ja nein

... so starke Schmerzen, dass Du ein Medikament eingenommen hast? ja nein

Was waren das für Schmerzen? Gemeint sind zum Beispiel Kopfschmerzen, Rückenschmerzen oder Regelschmerzen.

Es folgen ein paar Fragen zum Thema Essen und Ernährung.

36 Wie oft nimmst Du am Schulessen teil?

immer oft manchmal selten nie

Wenn Du **manchmal**, **selten** oder **nie** am Schulessen teilnimmst. Warum?

- aus gesundheitlichen Gründen wie z. B. Allergien
- aus religiösen Gründen
- aus anderen Gründen
- an meiner Schule wird kein Schulessen angeboten

37 Bitte kreuze das an, was am Ehesten auf Dich zutrifft.

- Glaubst Du, dass Du viel zu dünn bist?
- Glaubst Du, dass Du ein bisschen zu dünn bist?
- Glaubst Du, dass Du genau das richtige Gewicht hast?
- Glaubst Du, dass Du ein bisschen zu dick bist?
- Glaubst Du, dass Du viel zu dick bist?

38 Wie oft isst oder trinkst Du normalerweise die folgenden Dinge?

	täglich	fast täglich	jede Woche	jeden Monat	seltener als einmal im Monat	nie
--	---------	--------------	------------	-------------	------------------------------	-----

Obst, Früchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse, Salat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schokolade oder andere Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chips, Pommes und andere Knabberereien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cola oder andere zuckerhaltige Getränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39 Was denkst Du darüber?

Wenn man es mit einer Diät geschafft hat, das Wunschgewicht zu erreichen, darf man wieder so essen, wie vorher.

- stimmt stimmt nicht weiß ich nicht

Lebensmittel auf denen „light“ steht, sind immer kalorienarm.

- stimmt stimmt nicht weiß ich nicht

Handy, Tablet und Internet

40	Wenn ich folgende Dinge nutze, dann ungefähr so lange...	gar nicht am Tag	ungefähr 30 Min. am Tag	ungefähr 1-2 Std. am Tag	ungefähr 3-4 Std. am Tag	mehr als 4 Std. am Tag
	Fernsehen / Video	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Spielkonsole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Computer/ Tablet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Musik hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Handy/ Smartphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rauchen und Alkohol

41	Kannst Du mir sagen, ab welcher Menge Alkohol trinken in der Schwangerschaft schädlich ist?	<input type="checkbox"/> Ein Glas ab und zu schadet nicht. <input type="checkbox"/> Solange es kein Rausch ist, kann man ruhig mal mehrere Gläser trinken. <input type="checkbox"/> Schon kleine Mengen Alkohol können schaden.						
42	Wie viel Alkohol trinkst Du zurzeit?	ein oder mehr Gläser pro Tag	5-6 Gläser pro Woche	2-4 Gläser pro Woche	1 Glas pro Woche	1-3 Gläser pro Monat	weniger als 1 Glas pro Monat	gar nicht
	Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wein, Weinschorle, Obstwein, Sekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Likör oder Spirituosen (zum Beispiel Schnaps, Wodka...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Longdrinks, Alkopops oder Mischgetränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43	Wie oft rauchst Du <u>zurzeit</u> ...	täglich	fast täglich	jede Woche	jeden Monat	seltener als einmal im Monat	nie
	...Tabak? (zum Beispiel Zigaretten, Shisha...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... E-Zigarette <u>mit</u> Nikotin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...E-Zigarette <u>ohne</u> Nikotin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...E-Shisha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44 Falls Du bereits einmal Sex hattest, welche Methode(n) habt Ihr zur Schwangerschaftsverhütung benutzt?

<input type="checkbox"/>	Ich habe noch niemals mit jemandem geschlafen.	
<input type="checkbox"/>	nicht verhütet	<input type="checkbox"/> rechtzeitig abbrechen
<input type="checkbox"/>	Pille	<input type="checkbox"/> eine andere Methode
<input type="checkbox"/>	Kondom	<input type="checkbox"/> Ich bin mir nicht sicher

Hast Du noch Ausdauer?

Jetzt wollen wir noch wissen, wie es Dir in der Schule geht:

45		nie	selten	manchmal	oft	immer
	In der letzten Woche habe ich die Schulaufgaben gut geschafft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In der letzten Woche hat mich der Unterricht interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In der letzten Woche habe ich mir Sorgen um meine Zukunft gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In der letzten Woche habe ich Angst vor schlechten Noten gehabt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In der letzten Woche hat mich die Unruhe in der Klasse belastet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In der letzten Woche hatte ich Probleme mit Mitschülern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In der letzten Woche fühlte ich mich gestresst oder belastet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wo und wie bekommst Du Informationen über Gesundheit?

Wähle im Folgenden bitte die Antwort aus, die Deiner Meinung am ehesten entspricht.

46	stimmt überhaupt nicht	stimmt nicht ganz	stimmt einigermaßen	stimmt genau
Ich bin mir sicher, dass ich gut über Gesundheit informiert bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mir sicher, dass ich Ideen habe, wie die Gesundheit in meinem Umfeld verbessert werden kann (zum Beispiel am Wohnort, bei meiner Familie, meinen Freunden).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mir sicher, dass ich verschiedene Gesundheitsinformationen miteinander vergleichen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mir sicher, dass ich die Anweisungen befolgen kann, die ich von Ärzten oder Pflegekräften bekomme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mir sicher, dass ich sagen kann, wie man seine Gesundheit verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mir sicher, dass ich beurteilen kann, wie sich mein Verhalten auf meine Umwelt auswirkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mir sicher, dass ich bei Bedarf Gesundheitsinformationen finde, die ich leicht verstehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mir sicher, dass ich beurteilen kann, wie sich mein Verhalten auf meine Gesundheit auswirkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mir sicher, dass ich herausfinde, ob eine Gesundheitsinformation richtig oder falsch ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mir sicher, dass ich meine Entscheidungen begründen kann, die ich in Bezug auf meine Gesundheit treffe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Herzlichen Dank für die Beantwortung des Fragebogens!
Wir wären Dir sehr dankbar für Deine Meinung zu dieser Umfrage.

47 Die Befragung ...

- war viel zu lang.
- war etwas zu lang.
- war genau richtig.
- hätte noch ausführlicher sein können.

48 Hast Du irgendwelche weiteren Anmerkungen, Kommentare oder Rückmeldungen für uns?

Damit sind wir am Ende der Umfrage. Herzlichen Dank für Deine Beteiligung!
