



Leitfaden für das Gespräch mit der Schulärztin/dem Schularzt

Für Schülerinnen und Schüler der 5. Klasse





Leitfaden für das Gespräch mit der Schulärztin/dem Schularzt in der 5. Klasse

Liebe Schülerin, lieber Schüler

In deinem Alter stellen sich viele Schülerinnen und Schüler Fragen über die eigene Gesundheit oder sind an verschiedenen Gesundheitsthemen interessiert. Ich mache dir das Angebot, anlässlich der schulärztlichen Untersuchung vertrauliche Fragen zu besprechen, die deine Gesundheit, dein Wohlbefinden und deine Entwicklung betreffen.

Dieser Leitfaden ist als Vorbereitung für das freiwillige Beratungsgespräch mit deiner Schulärztin oder deinem Schularzt zu verstehen. Nimm dir Zeit dafür. Du musst zu Fragen und Aussagen, die dir nicht passen, keine Antwort geben. Du darfst den Gesprächsleitfaden allein, mit deiner besten Freundin, deinem besten Freund oder deinen Eltern ausfüllen. Wichtig zu wissen: Der Gesprächsleitfaden ist keine Probe – im Gegenteil. Der Leitfaden soll dir helfen, dir über deine Gesundheit Gedanken zu machen und dich auf das Gespräch vorzubereiten. Deine Schulärztin oder dein Schularzt kann damit gezielter auf deine Fragen eingehen und Gedanken der Gesunderhaltung besser ins Gespräch einbringen.

Der Gesprächsleitfaden bleibt in deinem Besitz und sämtliche Informationen aus dem Leitfaden unterstehen der ärztlichen Schweigepflicht, d.h. ich darf nichts weitererzählen. Ich bin bereit, dir zu helfen und wenn nötig deine Eltern zu beraten, falls sie dies wünschen. Vergiss nicht, den Gesprächsleitfaden zur schulärztlichen Untersuchung mitzubringen! Nachdem wir zusammen deine Themen und Anliegen besprochen haben, erhältst du ihn zurück.

Danke fürs Mitmachen!

Deine Schulärztin/dein Schularzt wünscht dir für deine Zukunft alles Gute!

Deine Gesundheit und dein Wohlbefinden

1. Hast du ein gesundheitliches Problem?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nein, ich fühle mich völlig gesund | <input type="checkbox"/> Ja, ich mache mir Sorgen wegen meines Aussehens |
| <input type="checkbox"/> Ja, ich fühle mich im Moment ein wenig «angeschlagen» | <input type="checkbox"/> Ja, ich mache mir Sorgen wegen Veränderungen an meinem Körper, wegen Schmerzen oder anderen unangenehmen Empfindungen |
| <input type="checkbox"/> Ja, ich leide an einer lang dauernden Krankheit, nämlich: | <input type="checkbox"/> Ja, ich habe ein anderes Problem: |

2. Wie ist deine körperliche Leistungsfähigkeit?

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sehr gut | <input type="checkbox"/> Ich bin dauernd müde |
| <input type="checkbox"/> Gut | <input type="checkbox"/> Schlecht |

3. Wie fühlst du dich?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin meistens glücklich | <input type="checkbox"/> Ich leide oft unter Angstzuständen |
| <input type="checkbox"/> Ich bin oft «hässig» und unzufrieden | <input type="checkbox"/> Ich bin «nervös», finde keine Ruhe |
| <input type="checkbox"/> Ich bin oft traurig und niedergeschlagen | <input type="checkbox"/> Ich habe Probleme mit meinen Mitmenschen |

4. Kannst du dich mit jemandem aussprechen, wenn du ein Problem hast?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ja, ich habe jemanden, mit dem ich über alles reden kann | <input type="checkbox"/> Ja, ich habe jemanden, mit dem ich über gewisse Probleme reden kann | <input type="checkbox"/> Nein, niemand versteht meine Probleme |
|---|--|--|

5. Nimm bitte zu den folgenden Behauptungen Stellung, indem du je nach deiner Meinung bei «stimmt» oder «stimmt nicht» ein Kreuz machst.

	stimmt	stimmt nicht
– Als Schülerin/als Schüler hat man ein angenehmes Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Ich gehe im Allgemeinen gerne zur Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Ich fühle mich in Sicherheit in der Schule, auf dem Schulweg, ausser Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Ich freue mich jetzt schon auf die Zeit, in der ich nicht mehr zur Schule gehen muss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beziehungen zu den Anderen

6. Ich komme gut aus mit ...

	Ja	Nein
– ... meinen Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– ... meinen Geschwistern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– ... meinen Schulkameradinnen und Schulkameraden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– ... meinen Lehrerinnen und Lehrern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Gewalterfahrung

	Ja	Nein
– ... ich bin schon mit Gewalt konfrontiert worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– ... ich bin schon Opfer von Gewalt oder einer Schlägerei geworden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– ... ich bin schon von Erwachsenen für mich unangenehm berührt worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– ... ich hatte beim Chatten/Handy schlechte Erfahrungen gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Pflege & Gesundheit | Schlaf

8. Wie viele Stunden schläfst du ungefähr pro Nacht?

Stunden

9. Glaubst du, dass dies genug für dich ist?

Ja, ich schlafe genug

Nein, ich schlafe zu wenig

10. Hast du Mühe, einzuschlafen? Erwachst du häufig in der Nacht?

Ja, ich habe Mühe, einzuschlafen

Ja, ich habe Mühe, durchzuschlafen

Pflege & Gesundheit | Körper

11. Putzt du dir regelmässig die Zähne? (nach dem Essen/vor dem Zubett gehen)

Ja

Nein

12. Bist du mit deinem Körper/Gewicht zufrieden oder fühlst du dich...

Ja

Nein

...zu dick?

...zu dünn?

...zu klein?

...zu gross?

13. Für Mädchen: Hast du bereits deine Monatsregel?

Ja

Nein

Bewegung, Sport, Freizeit

14. Hast du Freizeitprobleme?

<input type="checkbox"/> Nein, ich weiss immer, was ich in meiner Freizeit machen will	<input type="checkbox"/> Ja, ich langweile mich oft
	<input type="checkbox"/> Ja, ich habe zu wenig Freizeit

15. Achtest du bei deiner Freizeitgestaltung darauf, was deine Kameraden tun?

<input type="checkbox"/> Nein, meine Kameraden spielen keine Rolle	<input type="checkbox"/> Ja, manchmal	<input type="checkbox"/> Ja, immer
--	---------------------------------------	------------------------------------

16. Glaubst du, dass du genügend Bewegung hast?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein, ich sollte mich mehr bewegen
-----------------------------	---

17. Welche dieser Sportarten machst du häufig?

(Du kannst mehrere ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Velofahren	<input type="checkbox"/> Fussball	<input type="checkbox"/> Handball	<input type="checkbox"/> Basketball
<input type="checkbox"/> Tennis	<input type="checkbox"/> Wandern	<input type="checkbox"/> Klettern/ Alpinismus	<input type="checkbox"/> Schwimmen
<input type="checkbox"/> Segeln	<input type="checkbox"/> Skifahren	<input type="checkbox"/> Langlauf	<input type="checkbox"/> Schlittschuh- lauf
<input type="checkbox"/> Tanzen	<input type="checkbox"/> Jogging	<input type="checkbox"/> Aerobic	<input type="checkbox"/> Leichtathletik
<input type="checkbox"/> Andere: Welche?			

18. Wie viel Zeit verbringst du pro Tag vor dem Fernseher?

etwa
Stunden pro Tag

19. Wie viel Zeit verbringst du pro Tag vor dem Computer/Handy?

etwa
Stunden pro Tag

Ernährung

20. a) Hast du mit der Ernährung irgendein Problem?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, ich esse zu wenig
<input type="checkbox"/> Ja, ich esse zu viel	<input type="checkbox"/> Ja, ich esse zu viel ungesunde und zu wenig gesunde Nahrungsmittel

20. b) Möchtest du deine Ernährungsgewohnheiten ändern?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, ich wäre froh um Hilfe
-----------------------------	-------------------------------	---

21. Nimmst du täglich ...

	Ja	Nein
– ein Frühstück?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– ein Znüni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– ein Mittagessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– ein Abendessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Isst/trinkst du täglich von den folgenden Speisen?

	Ja	Nein
Früchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milch/Käse/Joghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limonade (Coca Cola etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schokolade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch/Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Strassenverkehr

23. Fährst du Velo? (auch auf dem Schulweg)

<input type="checkbox"/> Ja, regelmässig	<input type="checkbox"/> Ja, gelegentlich	<input type="checkbox"/> Nein
--	---	-------------------------------

24. Trägst du beim Velofahren einen Helm?

<input type="checkbox"/> Ja, immer	<input type="checkbox"/> Ja, gelegentlich	<input type="checkbox"/> Nein
------------------------------------	---	-------------------------------

Schluss

25. Über welche beantworteten Fragen möchtest du ganz speziell mit deiner Schulärztin oder deinem Schularzt sprechen?

Ja, über Fragen Nr.:

Ich will nicht darüber reden

25. Welche anderen Fragen hast du noch, die du gerne bei der schulärztlichen Untersuchung besprechen möchtest?

Hier wird dir weitergeholfen: **Beratungsangebote im Kanton Zürich**

Lust und Frust | Fachstelle für Sexualpädagogik | Sex-Sprechstunde
Langstrasse 21, 8004 Zürich | info@lustundfrust.ch | Telefon 044 299 30 44
Telefon 147 | Telefon-, SMS- und Chat-Beratung
(allgemeine Jugendberatung)

Sorgentelefon des Schlupfhuus | Telefon 044 261 21 21
(allgemeine Jugendberatung)

Weitere Informationen im Web:

www.tschau.ch | Allgemeine Jugendberatung

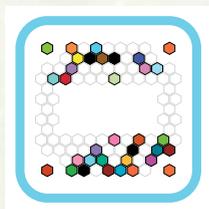
www.147.ch | Allgemeine Jugendberatung

www.feelok.ch | Allgemeine Jugendberatung

www.lustundfrust.ch | Fragen zur Sexualität

www.castagna-zh.ch | Fragen zu sexuellen Übergriffen

www.jugendberatung.me | Webportal Jugendberatungsstellen
im Kanton Zürich



jugend
beratung.me

Herausgeberin:

Bildungsdirektion Kanton Zürich
Volksschulamt | Schulärztlicher Dienst
Walchestrasse 21 | Postfach | 8090 Zürich
www.volksschulamt.zh.ch

Stempel Schularzt/Schulärztin: