



## 2. Ernährung, Bewegung und Vorsorge

	stimme gar nicht zu					stimme voll zu
14. Ich ernähre mich gesund (gemäss Ernährungspyramide).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich trinke regelmässig Süssgetränke (z.B. Cola, Ice Tea) und/oder Energy Drinks.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich schütze mich gegen Sonnenstrahlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich schütze meine Ohren gegen zu laute Musik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich weiss, gegen welche Krankheiten ich geimpft bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich fühle mich wohl mit meinem Körpergewicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nie	1 bis 2 Mal	3 bis 4 Mal	5 bis 6 Mal	täglich
20. An wie vielen Tagen pro Woche bist du für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv, sodass du ausser Atem kommst oder schwitzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3. Pubertät und Sexualität

	stimme gar nicht zu					stimme voll zu
21. Ich fühle mich über die körperlichen Veränderungen während der Pubertät gut informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich mache mir keine Sorgen wegen meines Aussehens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ich fühle mich über Sexualität gut aufgeklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ich weiss, wie eine Schwangerschaft verhütet wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ich fühle mich über sexuell übertragbare Krankheiten gut informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 4. Stress und psychische Probleme

	nie	selten	manch-mal	häufig	sehr häufig
26. Ich fühle mich gestresst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ich habe Sorgen oder Probleme, die mich belasten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ich fühle mich einsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ich fühle mich niedergeschlagen und/oder traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Ich leide unter Angstzuständen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ich habe das Gefühl, in meinem Leben nicht weiter zu wissen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Kontaktformular für Gespräch mit Schularzt/Schulärztin**

---

Bitte fülle die Felder aus, falls du eine Kontaktaufnahme durch deine Schulärztin/deinen Schularzt wünschst. Die Angaben werden nach der Übermittlung gelöscht und nicht abgespeichert. Niemand ausser der Schulärztin/dem Schularzt erfährt, dass du dieses Kontaktformular ausgefüllt hast.

Vorname: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_  
Schulhaus: \_\_\_\_\_

Ich wünsche Kontakt via:

- Telefon: \_\_\_\_\_  
 SMS: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_
-