

Fragebogen Schuluntersuchung - Hand aufs Herz

Bitte fülle den Fragebogen vollständig und ehrlich aus.

Vielen Dank!

Allgemeine Daten

Studien-ID

Datum des heutigen Tages

Geschlecht

☐ Junge

☐ Mädchen

☐ Divers/anders

Alter

Schulart

☐ Grundschule

☐ Mittelschule

☐ Realschule

☐ Gymnasium

Familiengeschichte

variables starting with " f " belong to section header "Familiengeschichte"

Bitte wähle aus den nachfolgenden Figuren, die die am ehesten auf die Figur deiner Mutter zutrifft.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Bitte wähle aus den nachfolgenden Figuren, die die am ehesten auf die Figur deines Vaters zutrifft.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Gibt es in deiner Familie ungeklärte Todesfälle in jungem Alter (d.h. jünger als 40 Jahre)?

☐ Ja
☐ Nein
☐ Weiß nicht

Hat jemand in deiner Familie eine Herzerkrankung?

☐ Ja
☐ Nein
☐ Weiß nicht

Hat jemand in deiner Familie eine Blutzuckererkrankung?

☐ Ja
☐ Nein
☐ Weiß nicht

Hat jemand in deiner Familie einen Bluthochdruck?

☐ Ja
☐ Nein
☐ Weiß nicht

Hat jemand in deiner Familie eine Fettstoffwechselstörung?

☐ Ja
☐ Nein
☐ Weiß nicht

Hat jemand in deiner Familie schon einen Herzinfarkt gehabt?

☐ Ja
☐ Nein
☐ Weiß nicht

Hat jemand in deiner Familie schon einen Schlaganfall gehabt ?

☐ Ja
☐ Nein
☐ Weiß nicht

Aktueller Gesundheitszustand

Variables starting with "ak" belong to section header "Aktueller Gesundheitszustand"

Fühlst du dich prinzipiell gesund? ☐ Ja
☐ Nein

Fühlst du dich körperlich fit? ☐ Ja
☐ Nein

Hattest du in den letzten beiden Wochen körperliche Beschwerden? ☐ Ja
☐ Nein

Besteht bei dir ein Bluthochdruck? ☐ Ja
☐ Nein
☐ Weiß nicht

Musst du dafür Medikamente einnehmen? ☐ Ja
☐ Nein

Besteht bei dir eine Störung des Zuckerstoffwechsels? ☐ Ja
☐ Nein
☐ Weiß nicht

Musst du dafür Medikamente einnehmen? ☐ Ja
☐ Nein

Besteht bei dir eine Störung des Fettstoffwechsels? ☐ Ja
☐ Nein
☐ Weiß nicht

Musst du dafür Medikamente einnehmen? ☐ Ja
☐ Nein

Besteht bei dir eine andere, noch nicht genannte Erkrankung? ☐ Ja
☐ Nein

Wenn ja, bitte gib deine Erkrankung an.

Musst du dafür Medikamente einnehmen? ☐ Ja
☐ Nein

Nimmst du regelmäßig Medikamente ein? ☐ Ja
☐ Nein

Wenn ja, welche?

Nimmst du regelmäßig die Antibabypille? ☐ Ja
☐ Nein

Hast du Probleme beim Ein- oder Durchschlafen? ☐ Ja
☐ Nein

Hast du dich bereits mit dem Thema Prävention =
vorbeugende Gesundheitsfürsorge beschäftigt?

- ☐ Ja
☐ Nein

Herz-Kreislauf-System

Variables starting with "hk" belong to section header "Herz-Kreislauf-System"

Hattest du schon einmal Beschwerden bei körperlicher Belastung?

- ☐ Ja
☐ Nein

Hattest du schon einmal Luftnot bei körperlicher Belastung?

- ☐ Ja
☐ Nein

Hattest du schon einmal Schwindel bei körperlicher Belastung?

- ☐ Ja
☐ Nein

Hattest du schon einmal Brustschmerzen bei körperlicher Belastung?

- ☐ Ja
☐ Nein

Bist du schon mal in Ruhe umgefallen (Schwarz werden vor den Augen)?

- ☐ Ja
☐ Nein

Bist du schon mal unter Belastung umgefallen (Schwarz werden vor den Augen)?

- ☐ Ja
☐ Nein

Liegt bei dir ein angeborener Herzfehler vor?

- ☐ Ja
☐ Nein
☐ Weiß nicht

Liegt bei dir eine Herzrhythmusstörung vor?

- ☐ Ja
☐ Nein
☐ Weiß nicht

Wurde bei dir schon einmal der Blutdruck gemessen?

- ☐ Ja
☐ Nein
☐ Weiß nicht

Wenn ja, wann ungefähr das letzte Mal ?

- ☐ Vor 1 Monat
☐ Vor ½ Jahr
☐ Vor 1 Jahr
☐ Länger als 1 Jahr her
(Vor ca.)

Wurde bei dir schon einmal ein EKG geschrieben?

- ☐ Ja
☐ Nein
☐ Weiß nicht

Wenn ja, wann ungefähr das letzte Mal ?

- ☐ Vor 1 Monat
☐ Vor ½ Jahr
☐ Vor 1 Jahr
☐ Länger als 1 Jahr her
(Vor ca.)

Wurde dein Herz bereits per Ultraschall untersucht?

- ☐ Ja
☐ Nein
☐ Weiß nicht

Wenn ja, wann ungefähr das letzte Mal ?

- ☐ Vor 1 Monat
☐ Vor ½ Jahr
☐ Vor 1 Jahr
☐ Länger als 1 Jahr her
(Vor ca.)

Wurde deine Leistung bereits mittels eines Laufband-
oder Fahrrad-Belastungstest
untersucht?

- ☐ Ja
☐ Nein
☐ Weiß nicht

Wenn ja, wann ungefähr das letzte Mal ?

- ☐ Vor 1 Monat
☐ Vor ½ Jahr
☐ Vor 1 Jahr
☐ Länger als 1 Jahr her
(Vor ca.)

Wurde deine Lungenfunktion bereits untersucht?

- ☐ Ja
☐ Nein
☐ Weiß nicht

Wenn ja, wann ungefähr das letzte Mal ?

- ☐ Vor 1 Monat
☐ Vor ½ Jahr
☐ Vor 1 Jahr
☐ Länger als 1 Jahr her
(Vor ca.)

Sport/Freizeit/Bewegung

Variables starting with "sfb" belong to section header "Sport/Freizeit/Bewegung"

Wie viel Zeit verbringst Du an einem gewöhnlichen Tag mit körperlichen Aktivitäten, die deine Atmung und Deinen Puls leicht bis stark zunehmen lassen (z.B. schnelles Gehen, Fahrradfahren, Schwimmen, Tanzen, Tennis, Fangen, Ballsportarten, Joggen usw.)?

- ☐ Weniger als 1 Stunde
☐ 1 Stunde
☐ 1-2 Stunden
☐ Mehr als 2 Stunden

Wie oft führst du in einer gewöhnlichen Woche folgende körperliche Aktivitäten aus: Körperliche Aktivitäten, die Deine Atmung und Deinen Puls stark zunehmen lassen (z.B. Joggen, Fußball, Basketball usw.)?

- ☐ Weniger als 1x/Woche
☐ 1x/Woche
☐ 2-3x/Woche
☐ Mehr als 4x/Woche

Wie oft führst du in einer gewöhnlichen Woche folgende körperliche Aktivitäten aus: Körperliche Aktivitäten, die die Muskulatur und Knochen stärken (z.B. Yoga, Turnen, Klettern, Krafttraining, Seilspringen usw.)?

- ☐ Weniger als 1x/Woche
☐ 1x/Woche
☐ 2-3x/Woche
☐ Mehr als 4x/Woche

Bist du Mitglied in einem Sportverein?

- ☐ Ja
☐ Nein

Wenn ja, in welchem?

- ☐ Fußball
☐ Handball
☐ Volleyball
☐ Basketball
☐ Leichtathletik
☐ Laufen
☐ Tanzen
☐ Schwimmen
☐ Judo/Karate
☐ Andere

Wenn andere ausgewählt, bitte Sportart angeben.

Wie viele Stunden pro Woche hast du Sportunterricht in der Schule? (In Schulstunden)

- ☐ Weniger als 1 Stunde
☐ 1 Stunde
☐ 1-2 Stunden
☐ Mehr als 2 Stunden

Welche Sport-Note hattest du im letzten Schulzeugnis?

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6

Kannst du Schwimmen?

- ☐ Ja, sehr gut
☐ Ja, nicht so gut
☐ Ja, ein bisschen
☐ Nein

Kannst du 100 m am Stück ohne Pause schwimmen?

- ☐ Ja, sehr gut
☐ Ja, aber nicht so gut
☐ Nein

Kannst du 10m am Stück ohne Pause tauchen?

- ☐ Ja, sehr gut
☐ Ja, aber nicht so gut
☐ Nein

An wie vielen Tagen pro Woche spielst du im Freien?

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7

Falls du ein Smartphone hast und deine Schrittzahl misst, wie ist die tägliche Schrittzahl?

- ☐ Mache ich nicht
☐ Unter 5000
☐ Unter 10.000
☐ Über 10.000

Bei der nächsten Frage geht es um die Zeit, die du mit Sitzen oder Ruhen verbringst, in der Schule, zu Hause, zur Fortbewegung oder mit Freunden (z.B. am Schreibtisch sitzen, Auto, Bus, Zug fahren, mit Freunden zusammensitzen, Fernsehen). Die Zeit, die du mit Schlafen verbringst, sollte ausgeschlossen werden.

- ☐ < 3 Stunden
☐ 3-5 Stunden
☐ 6-7 Stunden
☐ Mehr als 8 Stunden

Wie viel Zeit verbringst du an einem gewöhnlichen Tag (incl. Schule) mit Sitzen oder Ruhen?

Wie viel Zeit verbringst du an einem gewöhnlichen Wochentag (incl. Schule) am Bildschirm (Computer, TV, Handy, Laptop, Tablet, etc.)?

- ☐ 1Stunde
☐ 2 Stunden
☐ 3 Stunden
☐ 4 Stunden
☐ 5 Stunden
☐ 6 Stunden
☐ 7 Stunden
☐ 8 Stunden
☐ > 8 Stunden
(Ca.)

Wie viel Zeit verbringst du an einem gewöhnlichen Wochenend- oder Feiertag am Bildschirm (Computer, TV, Handy, Laptop, Tablet, etc.)?

- ☐ 1 Stunde
☐ 2 Stunden
☐ 3 Stunden
☐ 4 Stunden
☐ 5 Stunden
☐ 6 Stunden
☐ 7 Stunden
☐ 8 Stunden
☐ > 8 Stunden
(Ca.)

Wie viel Zeit verbringst du an einem gewöhnlichen Wochentag mit Schlafen?

- ☐ < 5 Stunden
☐ 5-6 Stunden
☐ 6-7 Stunden
☐ 8-9 Stunden
☐ > 10 Stunden

Wie viel Zeit verbringst du an einem gewöhnlichen
Wochenend- oder Feiertag mit Schlafen?

- ☐ < 5 Stunden
- ☐ 5-6 Stunden
- ☐ 6-7 Stunden
- ☐ 8-9 Stunden
- ☐ > 10 Stunden

Ernährung

Variables starting with "ern" belong to section header "Ernährung"

Gesunde Ernährung ist mir wichtig.

- ☐ Ja
☐ Nein
☐ Weiß nicht
☐ Ist mir egal

Ich ernähre mich:

- ☐ Misch/Vollkost
☐ Vegetarisch
☐ Vegan
☐ Pescetarier
☐ Weiß nicht

Zuhause essen wir in der Regel ein gemeinsames Frühstück.

- ☐ Ja
☐ Nein

Zuhause essen wir in der Regel ein warmes Mittagessen.

- ☐ Ja ☐ Nein

Zuhause essen wir in der Regel ein gemeinsames Abendessen.

- ☐ Ja ☐ Nein

Ich esse mindestens zweimal täglich Obst.

- ☐ Ja ☐ Nein

Mehr als die Hälfte der Nahrungsmittel, die ich zu mir nehme, sind pflanzlichen Ursprungs (Früchte, Gemüse, Nüsse, Kartoffeln, Vollkornprodukte).

- ☐ Ja ☐ Nein

Mindestens einmal täglich nehme ich rohes oder gekochtes Gemüse zu mir.

- ☐ Ja ☐ Nein

Zum Mittag- und Abendessen nehme ich täglich Hülsenfrüchte (zum Beispiel Bohnen, Kichererbsen, Linsen), Fisch, fettarmes Fleisch (zum Beispiel Hühnchen oder Pute) oder Eier zu mir.

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ich mageres Fleisch, Fisch oder Eier esse, sind diese frisch und nicht verarbeitet (verarbeitet sind Produkte wie Chicken Nuggets, Fischstäbchen oder ähnliches).

- ☐ Ja ☐ Nein

Mindestens einmal pro Woche esse ich vorgefertigte, gekaufte Mahlzeiten oder Fast Food (zum Beispiel Pizza, Hamburger).

- ☐ Ja ☐ Nein

Pro Woche esse ich mindestens dreimal Hülsenfrüchte (Kichererbsen, Bohnen, Linsen).

- ☐ Ja ☐ Nein

Zu Hause bereiten wir die Mahlzeiten meist im Ofen, einem Kochtopf, oder in einer Pfanne mit wenig Öl zu.

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ich Getreideprodukte esse, bestehen diese aus Vollkorngetreide (Reis, Nudeln, Couscous).

- ☐ Ja ☐ Nein

Ich lasse das Frühstück regelmäßig ausfallen.

- ☐ Ja ☐ Nein

Mindestens dreimal pro Woche esse ich ungesalzene Nüsse.	☐ Ja ☐ Nein
Zu Hause benutzen wir Olivenöl (grün) statt Sonnenblumenöl (gelb).	☐ Ja ☐ Nein
Zum Frühstück esse ich vorgefertigtes, gekauftes Gebäck (z.B. Kuchen, Kekse, Croissant, süße Teilchen) oder trinke Smoothies.	☐ Ja ☐ Nein
Zum Frühstück esse ich frische, wenig verarbeitete Nahrungsmittel (zum Beispiel Früchte, Nüsse, Eier, Vollkornbrot, Haferflocken).	☐ Ja ☐ Nein
Mindestens einmal pro Woche trinke ich gekaufte Süßgetränke wie Limonade, Cola, Fruchtsäfte oder Shakes.	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ich Milchprodukte esse, sind diese frisch und wenig verarbeitet (zum Beispiel Milch, Naturjoghurt und Käse; Nicht: Milchshakes, Fruchtojoghurt, Schmelzkäse, Trinkjoghurt und anderes).	☐ Ja ☐ Nein
Zu Hause bereiten wir unser Essen normalerweise selbst zu.	☐ Ja ☐ Nein
Zu Hause verwenden wir vor allem vorgefertigte Mahlzeiten (zum Beispiel Pizza, tiefgekühlte Lasagne, Suppen oder andere fertige Gerichte aus der Dose).	☐ Ja ☐ Nein
Ich esse mehrmals pro Woche Süßigkeiten oder salzige Snacks wie Chips und Flips.	☐ Ja ☐ Nein

Risikoverhalten/Lifestyle

Die hier zu beantwortenden Fragen dienen der ärztlichen bzw. medizinischen Risikoabschätzung und sollen keine moralische Bewertung des Verhaltens darstellen.

Variables starting with "rl" belong to section header "Risikoverhalten/Lifestyle"

Hast du schon einmal einen Energy Drink getrunken?

- ☐ Ja
☐ Nein

Wenn ja, warum hast du einen Energy Drink getrunken bzw. trinkst du Energy Drinks?

- ☐ Wollte wissen, wie es sich anfühlt
☐ um wachzubleiben
☐ Stress durch Prüfungen
☐ beim Feiern
☐ beim Sport
☐ weil es sehr gut schmeckt
☐ weil die anderen es trinken
☐ weil es cool ist
☐ zusammen mit Alkohol (z.B. Wodka-Bull)
☐ andere

Wenn andere, warum trinkst du Energy-Drinks?

Wenn ja, wie häufig trinkst du Energy Drinks?

- ☐ mehrfach pro Woche
☐ einmal pro Woche
☐ einmal pro Monat
☐ Selten
☐ Nur einmal ausprobiert

Hast du schon einmal Alkohol getrunken?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, warum hast du Alkohol getrunken?

- ☐ Wollte wissen, wie es sich anfühlt
☐ um Gute Laune zu bekommen
☐ Stress durch Prüfungen
☐ beim Feiern
☐ beim/nach dem Sport
☐ weil es sehr gut schmeckt
☐ weil die anderen auch trinken
☐ weil es cool ist
☐ andere

Wenn andere, warum hast du denn Alkohol getrunken?

Wenn ja, wie häufig trinkst du Alkohol?

- ☐ mehrfach pro Woche
☐ einmal pro Woche
☐ einmal pro Monat
☐ Selten
☐ Nur einmal ausprobiert

Wenn ja, welchen Alkohol trinkst du?

- ☐ Bier
☐ Schnaps/Wodka
☐ Wein/Sekt
☐ Alkopops
☐ Cocktails/Mixgetränke

Hast du schon einmal Zigaretten geraucht ?

- ☐ Ja
☐ Nein

Wenn ja, warum hast du denn geraucht bzw. rauchst du?

- ☐ Wollte wissen, wie es sich anfühlt
☐ um wachzubleiben
☐ Stress durch Prüfungen
☐ beim Feiern
☐ beim Sport
☐ weil es sehr gut schmeckt
☐ weil die anderen auch rauchen
☐ weil es cool ist
☐ um abzunehmen
☐ andere

Wenn andere, warum hast du denn geraucht bzw. rauchst du?

Wenn ja, wie häufig rauchst du?

- ☐ mehrfach pro Woche
☐ einmal pro Woche
☐ einmal pro Monat
☐ Selten
☐ Nur einmal ausprobiert

Hast du schon einmal Shisha/Wasserpfeife geraucht ?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, warum hast du denn geraucht bzw. rauchst du?

- ☐ Wollte wissen, wie es sich anfühlt
☐ um wachzubleiben
☐ Stress durch Prüfungen
☐ beim Feiern
☐ beim Sport
☐ weil es sehr gut schmeckt
☐ weil die anderen auch rauchen
☐ weil es cool ist
☐ um abzunehmen
☐ andere

Wenn andere, warum hast du denn geraucht bzw. rauchst du?

Wenn ja, wie häufig rauchst du?

- ☐ mehrfach pro Woche
☐ einmal pro Woche
☐ einmal pro Monat
☐ Selten
☐ Nur einmal ausprobiert

Hast du schon einmal elektronische Zigaretten geraucht (Vapen)?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, warum hast du denn Vape geraucht bzw. rauchst du Vape?

- ☐ Wollte wissen, wie es sich anfühlt
☐ um wachzubleiben
☐ Stress durch Prüfungen
☐ beim Feiern
☐ beim Sport
☐ weil es sehr gut schmeckt
☐ weil die anderen auch rauchen
☐ weil es cool ist
☐ um abzunehmen
☐ andere

Wenn andere, warum hast du denn Vape geraucht bzw. rauchst du Vape?

Wenn ja wie häufig rauchst du (vape)?

- ☐ mehrfach pro Woche
☐ einmal pro Woche
☐ einmal pro Monat
☐ Selten
☐ Nur einmal ausprobiert

Hast du schon einmal Haschisch (Cannabis, Gras,...) geraucht?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, warum hast du das denn geraucht bzw. rauchst du es?

- ☐ Wollte wissen, wie es sich anfühlt
☐ um wachzubleiben
☐ Stress durch Prüfungen
☐ beim Feiern
☐ beim Sport
☐ weil es sehr gut schmeckt
☐ weil die anderen auch rauchen
☐ weil es cool ist
☐ um abzunehmen
☐ andere

Wenn andere, warum hast du das denn geraucht bzw. rauchst du es?

Wenn ja, wie häufig rauchst du Haschisch?

- ☐ mehrfach pro Woche
☐ einmal pro Woche
☐ einmal pro Monat
☐ Selten
☐ Nur einmal ausprobiert

Hast du schon einmal Drogen (Amphetamine, Speed, Pep, Ecstasy ...) genommen?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, warum hast du die denn genommen?

- ☐ Wollte wissen, wie es sich anfühlt
☐ um wachzubleiben
☐ Stress durch Prüfungen
☐ beim Feiern
☐ beim Sport
☐ weil es sehr gut schmeckt
☐ weil die anderen auch rauchen
☐ weil es cool ist
☐ um abzunehmen
☐ andere

Wenn andere, warum hast du die denn genommen?

Wenn ja, wie häufig nimmst du Drogen?

- ☐ mehrfach pro Woche
☐ einmal pro Woche
☐ einmal pro Monat
☐ Selten
☐ Nur einmal ausprobiert