

Fragebogen Schuluntersuchung - Hand aufs Herz

Bitte fülle den Fragebogen vollständig und ehrlich aus.

Vielen Dank!

Allgemeine Daten

Studien-ID

Deine Studien-ID findest du ganz oben auf deinem Laufzettel. Sie besteht aus drei Buchstaben, einem Bindestrich und drei Zahlen. Beispiel: BSP-020, Melde dich gerne beim Team, falls du Hilfe bei der Eingabe brauchst.

Datum des heutigen Tages

Für die Eingabe einfach auf "Heute" klicken.

Geschlecht

- Junge
- Mädchen
- Divers/anders

Alter (nur Zahlen)

Welche Schule besuchst du aktuell bzw. hast du in der Vergangenheit zuletzt besucht?

- Grundschule
- Mittelschule
- Realschule
- Gymnasium

Familiengeschichte

In den folgenden Fragen möchten wir von dir erfahren, ob bestimmte Krankheiten in deiner Familie vorkommen.

Dabei geht es uns um deine Großeltern, Eltern und deine Brüder und Schwestern.

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

(Ref. f_8 und f_9) code 0



(Ref. f_8 und f_9) code 1



(Ref. f_8 und f_9) code 2



(Ref. f_8 und f_9) code 3



(Ref. f_8 und f_9) code 4



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

Weiß nicht

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

Weiß nicht

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

Ja
 Nein
 Weiß nicht

Hat jemand in deiner Familie (Großeltern, Eltern, Geschwister) eine Herzerkrankung?

Ja
 Nein
 Weiß nicht

Hat jemand in deiner Familie (Großeltern, Eltern, Geschwister) eine Blutzuckererkrankung wie Diabetes?

Ja
 Nein
 Weiß nicht

Hat jemand in deiner Familie (Großeltern, Eltern, Geschwister) einen Bluthochdruck?

Ja
 Nein
 Weiß nicht

Hat jemand in deiner Familie (Großeltern, Eltern, Geschwister) eine Fettstoffwechselstörung? Das bedeutet, dass die Fette im Blut erhöht sind, weil der Körper sie nicht richtig verarbeiten kann oder zu viel Fett über die Nahrung aufgenommen wird. Übergewicht kann zu diesen Krankheiten führen, zählt aber selber nicht dazu.

Ja
 Nein
 Weiß nicht

Hat jemand in deiner Familie (Großeltern, Eltern, Geschwister) schon einen Herzinfarkt gehabt?

Ja
 Nein
 Weiß nicht

Trat der Herzinfarkt bei einem Familienmitglied vor dem 50. Lebensjahr auf?

Ja
 Nein
 Weiß nicht

Hat jemand in deiner Familie (Großeltern, Eltern, Geschwister) schon einen Schlaganfall gehabt ?

Ja
 Nein
 Weiß nicht

Aktueller Gesundheitszustand

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

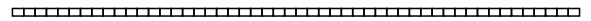
Fühlst du dich prinzipiell gesund? Ja
 Nein

Fühlst du dich körperlich fit? Ja
 Nein

Wie glücklich bist du zum aktuellen Zeitpunkt mit deinem Leben? Die Frage gilt in Bezug auf alle Lebensbereiche, also Schule Freizeit, Zuhause, Freunde, einfach alles was zu deinem Leben dazugehört.

Bitte gib den Wert auf einer Skala von 1- gar nicht glücklich bis 10- sehr glücklich an.

1 5 10



(Place a mark on the scale above)

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 wie zum Beispiel Diabetes? 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? Dabei interessieren uns auch Vitaminpräparate wie Vitamin D und Nahrungsergänzungsmittel.

- Ja
 Nein

Wenn ja, welche?

Nimmst du regelmäßig die Antibabypille?

- Ja
 Nein

Nimmst du regelmäßig (täglich/wöchentlich) Vitamin D als Tabletten oder Tropfen ein?

- 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? Die Untersuchung heute zählt bei dieser Frage nicht. 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? Bei einem EKG werden die Herzströme mittels Elektroden abgeleitet, die auf der Brustwand befestigt werden. Die Untersuchung heute zählt bei dieser Frage nicht. 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? Die Untersuchung heute zählt bei dieser Frage nicht. 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? Die Untersuchung heute zählt bei dieser Frage nicht.

- 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 3x/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 3x/Woche

Bist du Mitglied in einem Sportverein? (Fitnessstudio zählt nicht als Verein)

- 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
 Über 12.000

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 7 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
 7-8 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
- 7-8 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 achte auf die Zusammensetzung der Lebensmittel, die ich zu mir nehme anhand von Inhaltsangaben oder dem Nutri-Score.

- Ja
 Nein
 Weiß nicht

Ich ernähre mich:

- Misch/Vollkost (Ich esse alles.)
 Vegetarisch (Ich esse kein Fleisch.)
 Vegan (Ich esse keine tierischen Produkte.)
 Pescetarier (Ich esse Fisch, aber kein Fleisch.)
 Weiß nicht

Zuhause essen wir in der Regel ein gemeinsames Frühstück.

- Ja
 Nein

Zuhause essen wir in der Regel ein warmes Mittagessen.

- Ja Nein

In meiner Schule wird ein warmes Mittagessen angeboten.

- Ja
 Nein

An wie vielen Tagen einer typischen Schulwoche isst du wo dein Mittagessen? Mein Mittagessen...

	0	1	2	3	4	5
...esse ich zu Hause	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...esse ich in der Schulkantine/Mensa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...bringe ich von zu Hause mit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...kaufe ich am Schulkiosk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...kaufe ich mir im Supermarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...kaufe ich mir am Schnellimbiss (Döner, Pommes, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...kaufe ich mir woanders	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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 Hähnchen 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). Im Falle eines Verzichtes auf tierische Produkte sind hier entsprechende pflanzliche Alternativen gemeint. 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 meistens 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, Fruchtjoghurt, 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

Kidmed score _____

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)
 weil die Werbung mich anspricht
 weil ich durch social media darauf aufmerksam geworden bin
 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
 weil die Werbung mich anspricht
 weil ich durch social media darauf aufmerksam geworden bin
 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
- weil die Werbung mich anspricht
- weil ich durch social media darauf aufmerksam geworden bin
- 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

Rauchen deine Eltern?

- Ja, mein Vater
- Ja, meine Mutter
- Ja, beide Eltern
- Nein

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
- weil die Werbung mich anspricht
- weil ich durch social media darauf aufmerksam geworden bin
- 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 (vapen)?

- 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