

Liebe Schülerin, lieber Schüler!

Wir möchten gern wissen, wie es Dir zur Zeit geht. Dabei ist Deine Gesundheit am wichtigsten, aber Schule, Familie und Freunde gehören auch dazu. Vor Dir liegt ein Fragebogen, in dem Du dazu Deine Meinungen ankreuzen kannst. Die gleichen Fragen haben schon viele andere Schülerinnen und Schüler in Deutschland und anderen Ländern beantwortet.

Das ist kein Test! Es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Wichtig ist, dass Du ehrlich und ohne langes Überlegen deine persönliche Meinung sagst.

Deine Antworten sollen völlig geheim bleiben. Schreibe bitte auf keinen Fall Deinen Namen auf den Fragebogen! Deine Eltern, Lehrer und Mitschüler erfahren von uns nicht, was Du im Fragebogen angibst.

Viel Spaß damit!

1. In welche Klasse gehst Du?

in die _____ . Klasse

2. Wie alt bist Du?

_____ Jahre

3. Bist Du:

1 ein Mädchen?

2 ein Junge?

4. Sprecht Ihr zu Hause auch eine andere Sprache als Deutsch?

1 ja

2 nein

Jetzt geht es um die wichtige Frage: **Wie fühlst Du Dich?**

- Bitte lies jede Frage genau durch,
- überlege, wie es in der letzten Woche war,
- kreuze die Antwort an, die am Besten zu Dir passt.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wichtig ist uns deine Meinung.

5. Zuerst möchten wir etwas über Deinen Körper wissen:

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manch- mal	oft	immer
... habe ich mich krank gefühlt.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
... hatte ich Schmerzen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
... war ich müde und erschöpft.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
... hatte ich viel Kraft und Ausdauer.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

6. ... dann darüber, wie Du Dich fühlst.

<i>In der letzten Woche ...</i>	nie	selten	manch- mal	oft	immer
... habe ich viel gelacht und Spaß gehabt.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
... war mir langweilig.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
... habe ich mich allein gefühlt.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
... habe ich mich ängstlich oder unsicher gefühlt.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

7. ... und was Du selbst von Dir hältst.

In der letzten Woche ...	nie	selten	manchmal	oft	immer
... war ich stolz auf mich.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
... fühlte ich mich wohl in meiner Haut.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
... mochte ich mich selbst leiden.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
... hatte ich viele gute Ideen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

8. In den nächsten Fragen geht es um deine Familie.

In der letzten Woche ...	nie	selten	manchmal	oft	immer
... habe ich mich gut mit meinen Eltern verstanden.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
... habe ich mich zu Hause wohl gefühlt.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
... hatten wir schlimmen Streit zu Hause.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
... fühlte ich mich durch meine Eltern eingeschränkt.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

9. ... und danach um Freunde.

In der letzten Woche ...	nie	selten	manchmal	oft	immer
... habe ich etwas mit Freunden zusammen gemacht.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
... bin ich bei anderen „gut angekommen“.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
... habe ich mich mit meinen Freunden gut verstanden.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
... hatte ich das Gefühl, dass ich anders bin als die anderen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

10. Und nun möchten wir noch etwas über die Schule wissen.

In der letzten Woche ...	nie	selten	manchmal	oft	immer
... habe ich die Schulaufgaben gut geschafft.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
... hat mich der Unterricht interessiert.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
... habe ich mir Sorgen um meine Zukunft gemacht.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
... habe ich Angst vor schlechten Noten gehabt.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

11. Hier sind zwei Aussagen über Deine Lehrerinnen und Lehrer. Bitte kreuze an, ob Du zustimmst oder nicht!

	stimmt genau	stimmt ziemlich	weder/ noch	stimmt nicht	stimmt überhaupt nicht
Meine Lehrer sind an mir persönlich interessiert.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Die meisten Lehrer sind nett	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

12. Wie groß bist Du (ohne Schuhe in Zentimetern)?

_____ Zentimeter

Wie viel wiegst Du (ohne Kleidung)?

_____ Kilogramm

An wie vielen Tagen pro Woche treibst Du normalerweise Sport oder strengst Dich für mindestens eine Stunde körperlich an?

_____ Tage (0-7)

13. Wie häufig kam es in den letzten Wochen vor, dass ...

	nie	selten	oft	sehr oft
... Du Magenschmerzen hattest?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
... Du krank warst und nicht zur Schule gehen konntest?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
... Du unter Appetitlosigkeit gelitten hast ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
... Dir schwindlig war?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
... Du nicht einschlafen konntest?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
... Dir plötzlich ganz heiß wurde?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
... Du starke Kopfschmerzen hattest?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
... Dich starkes Herzklopfen oder Herzstiche plagten?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

14. Wie oft frühstückst Du gewöhnlich an Wochentagen?

1 täglich 2 mehrmals pro Woche 3 einmal pro Woche 4 seltener 5 nie

15. Rauchst du zurzeit?

1 täglich 2 mehrmals pro Woche 3 einmal pro Woche 4 seltener 5 nein

16. Trinkst Du zurzeit Alkohol?

1 täglich 2 mehrmals pro Woche 3 einmal pro Woche 4 seltener 5 nein

17. Wie gut gefallen Dir folgende Teile des Schulalltags? (Wenn es etwas nicht gibt, lass die Zeile frei!)

	sehr gut	eher gut	mittel-mäßig	eher schlecht	sehr schlecht
Der Gesamtzustand des Schulgebäudes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Die Sauberkeit und Hygiene an der Schule	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Die Aufenthaltsräume für Pausen und Freistunden innerhalb des Schulgebäudes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Der Schulhof	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Die Ruhezeiten und Ruheräume für Schüler	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Die Bequemlichkeit der Möbel in den Klassenräumen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Die Bewegungsmöglichkeiten in Pausen und Freistunden	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Das Essensangebot am Schulkiosk	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Das Essensangebot in der Kantine	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Das Raumklima in der Schule: Wärme, Kälte, Zugluft	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Herzlichen Dank für Deine Mitwirkung an dieser Befragung!