



Deine Einstellung

Deine Gesundheit

Deine Wünsche für Klosterneuburg

Hallo!

Wir freuen uns, dass du wieder bei der Befragung mitmachst ☺!

In diesem Fragebogen geht es nochmal um dein Verhalten und deine Einstellung zum Thema Gesundheit. Mit deiner Teilnahme hilfst du uns, mehr über Jugend und Gesundheit herauszufinden und entsprechende Angebote und Aktivitäten zu entwickeln, die nicht nur gesund sind, sondern dir auch Spaß machen sollen!

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert **etwa 10-15 Minuten**. Bitte nimm dir die Zeit dafür und fülle den Fragebogen alleine und in Ruhe aus.

- Lies bitte jede Frage genau durch und wähle dann **eine Antwortmöglichkeit** aus, die für dich am ehesten zutrifft.
- Manchmal kannst du auch **mehrere Antworten** geben, diese Fragen haben dann ein Kästchen zum Ankreuzen.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, wir möchten etwas über deine persönliche Meinung und deine Erfahrungen wissen.

Deine Antworten werden **streng vertraulich** behandelt, weder deine Eltern noch deine LehrerInnen können den Fragebogen ansehen. Auch wir haben zu deinen Antworten keine Namen und können die Antworten im Fragebogen somit auch nicht auf dich persönlich zurückführen.

Welche Schule besuchst du?

Hast du / deine Klasse am Projekt G.E.E.L.L. bzw. den Workshops teilgenommen?

JA

NEIN

Welche Schule und Schulklasse besuchst du?

<input type="radio"/> BG/BRG Klosterneuburg	<input type="radio"/> 1. Klasse	<input type="radio"/> 5. Klasse
<input type="radio"/> NMS Hermannstraße	<input type="radio"/> 2. Klasse	<input type="radio"/> 6. Klasse
<input type="radio"/> NMS Langstögergasse: Sprache & Sport	<input type="radio"/> 3. Klasse	<input type="radio"/> 7. Klasse
<input type="radio"/> NMS Langstögergasse: Polytechnische Schule	<input type="radio"/> 4. Klasse	<input type="radio"/> 8. Klasse
<input type="radio"/> Höhere Bundeslehranstalt für Wein- und Obstbau	<input type="radio"/> 1. Jahrgang	<input type="radio"/> 2. Jahrgang
	<input type="radio"/> 3. Jahrgang	<input type="radio"/> 4. Jahrgang
	<input type="radio"/> 5. Jahrgang	<input type="radio"/> Aufbaulehrgang

... ein paar Fragen über dich.

Bist du... ... ein Mädchen?
 ... ein Junge?

Wie alt bist du? Jahre

Wie groß bist du? cm

Wie schwer bist du? kg

Wer lebt bei dir im Haushalt? Mehrfachantworten möglich

Mama Stiefmutter / Lebenspartnerin Oma/Opa
 Papa Stiefvater bzw. Lebenspartner (Anzahl der) Geschwister

Die folgenden Fragen befassen sich mit dir und deiner Persönlichkeit. Bitte gib an, wie häufig die Aussagen auf dich zutreffen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

	Nie	Selten	Häufig	Immer
Ich bin sehr schüchtern bzw. gehemmt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich zweifle oft an meinen Fähigkeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich mich mit Anderen vergleiche, dann schneide ich immer schlecht ab.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich ein Problem habe, warte ich bis Andere mir helfen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann selbst viel tun, um Ziele im Leben zu erreichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich einen Fehler begehe, ist es für mich selbstverständlich auch die Konsequenzen zu tragen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte gib an, wie sehr folgende Aussagen auf dich zutreffen.

	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
Wenn ich auf Widerstände stoße, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann gut mit anderen MitschülerInnen zusammenarbeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freunde kommen mit ihren Problemen zu mir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich versuche nett zu anderen Menschen zu sein, ihre Gefühle sind mir wichtig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt oder traurig sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich helfe anderen ohne darum gefragt zu werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie verbringst du deinen Tag?

Wie oft in der letzten Woche hast du dich zumindest eine Stunde bewegt? Tag(e)

Wie viele Stunden pro Tag sitzt du vor dem PC/Laptop/Smartphone? Stunden

Wie viele Stunden pro Tag spielst du Videospiele? Stunden

Bitte gib an, wie sehr folgende Aussagen auf dich zutreffen.

	Trifft sehr zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
Ich mache mir viele Sorgen (ob meine Freunde mich mögen, über Schulleistungen, ...).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen und/oder muss oft weinen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In der letzten Woche habe ich viel gelacht und Spaß gehabt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich oft alleine.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie würdest du deinen Gesundheitszustand beschreiben?

	Kaum					Sehr stark
Wie stark achtest du im Allgemeinen auf deine Gesundheit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mehrfachantworten möglich

Meine Gesundheit ist ausgezeichnet	<input type="checkbox"/>	das stimmt für mich
Ich bin öfter krank als meine MitschülerInnen.	<input type="checkbox"/>	das stimmt für mich
Ich fühle mich oft kränklich.	<input type="checkbox"/>	das stimmt für mich
Ich denke nie über meine Gesundheit nach.	<input type="checkbox"/>	das stimmt für mich

	Nicht zufrieden					Sehr zufrieden
Alles in allem: Wie zufrieden bist du mit deinem Leben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft sehr zu
Mein Leben hat einen Sinn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich blicke optimistisch in die Zukunft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glaubst zu, dass du zu dünn/dick bist?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin genau richtig		Ich bin zu dünn		Ich bin zu dick
Fühlst du dich wohl in deinem Körper?			<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Bitte gib an, wie häufig du (körperliche) Beschwerden hast.

Wie oft hattest du in den letzten 6 Monaten folgende Beschwerden?	Fast jeden Tag	Mehrmals pro Woche	Fast jede Woche	Fast jeden Monat	Selten oder nie
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen/Bauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rücken/Kreuzschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit & Allgemeine Erschöpfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zu nichts Lust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nervosität/Gereiztheit, schlechte Laune	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Appetitlosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafprobleme, Alpträume	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Was isst du normalerweise?

Wie oft in der Woche isst/trinkst du ...	Nie	Weniger als 1x p. Woche	1x pro Woche	2-4 Tage pro Woche	5-6 Tage pro Woche	1x am Tag	Öfters am Tag
Obst/Früchte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gemüse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Süßigkeiten & Chips,...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limonaden (Cola, Fanta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fertiggerichte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fast-Food (McDonalds, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käse/Milchprodukte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fleisch/Wurst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fisch/Meeresfrüchte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weißbrot, Frühstücksflocken, Müsliriegel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vollkornprodukte (wie Brot oder Nudeln, Haferflocken, Dinkelprodukte, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Rauchen und Trinken

Rauchst du?

Nein ab und zu ja

Trinkst du Alkohol?

Nie Sehr selten 1-2 im Monat
 Nur am Wochenende Mehrmals pro Woche

	Nie	Selten	Häufig	Immer
Beim Fortgehen ist es gut, möglichst viel Alkohol trinken zu können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie betrunken warst du, als du das letzte Mal betrunken warst?

Ich war noch nie betrunken Stark betrunken

Die folgenden Fragen beziehen sich auf deine Schule, deine Freunde und deine Familie.

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft sehr zu
Ich erwarte von mir selbst gute Leistungen in der Schule.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Leistungsdruck von den LehrerInnen ist groß.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Eltern setzen mich unter Druck, gute Noten heimzubringen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich komme mit den Anforderungen in der Schule gut zurecht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin gerne mit den SchülerInnen in meiner Klasse zusammen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Familie hilft mir dabei, Entscheidungen zu treffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann mit meiner Familie über meine Probleme reden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Freunde versuchen mir wirklich zu helfen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann mich auf meine Freunde verlassen, wenn ich Probleme habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Eltern haben genug Zeit für mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Eltern belasten mich mit ihren Problemen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuhause gibt es klare Regeln, an die sich jeder hält.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie geht es dir in der Schule?

	Nein	Nur 1-2 Mal	2-3 Mal im Monat	Jede Woche	Täglich
Wurdest du schon einmal in der Schule schikaniert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hast du schon einmal mitgemacht, wenn jemand anderer in der Schule schikaniert wurde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die folgenden Fragen befassen sich mit schwierigen Situationen.

	Nie	Selten	Häufig	Immer
Ich spreche Probleme sofort an. (Ich rede mit meinen Eltern oder FreundInnen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich versuche, meine Probleme zu verdrängen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich gestresst bin, versuche ich meine Anspannung mit Dingen die mir Freude machen, abzubauen (Musik hören, tanzen, Sport, ...).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich Stress oder Probleme habe, neige ich dazu mehr zu essen /trinken bzw. mehr zu rauchen als sonst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DANKE,

dass du dir die Zeit für den Fragebogen genommen hast!

Stadt
KLOSTERNEUBURG

 **ÖAPG**
ÖSTERREICHISCHE AKADEMIE
FÜR PRÄVENTIVMEDIZIN UND
GESUNDHEITSKOMMUNIKATION

Das Projekt **G.E.E.L.L.** - Gesundheit *er*leben – ein Leben lang! wird gefördert durch den Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) und das Land Niederösterreich.

 **BUNDESMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT**

Gefördert aus den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich
Gesundheit Österreich
GmbH ● ● ●

Geschäftsbereich
 **Fonds Gesundes
Österreich**

 **N**
NIEDERÖSTERREICH

Österreichische Akademie für Präventivmedizin und Gesundheitskommunikation
Kierlinger Straße 87, A-3400 Klosterneuburg
Tel.: +43 2243 31 661, Email: office@oeapg.at, Web: <http://www.oeapg.at>
Nachdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

© 2012