



Mannheimer-Jugendlichen-Fragebogen (MJF) zur J1/J2

Kreuze bitte an, ob die unten aufgeführten Probleme bei Dir **in den letzten 6 Monaten** aufgetreten sind.

Ich ...

1. habe Migräne	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. musste wegen Kopfschmerzen zum Arzt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. leide unter asthmatischen Beschwerden oder einer chronischen Bronchitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. mache mir viele Sorgen über meine Gesundheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5. habe manchmal nervöse Zuckungen (z. B. Blinzel-, Zwinker-, Räuspertic)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6. kann schlecht einschlafen (d. h. liege mehr als 1 Stunde wach)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7. wache häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen (liege mind. 1 Std. wach)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8. muss bei starker Anstrengung stottern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9. habe mehr als einmal im letzten Jahr ins Bett gemacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10. habe mehr als einmal im letzten halben Jahr eingekotet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11. habe meistens nur wenig Appetit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
12. bin extrem wählerisch beim Essen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
13. habe ständig Angst, dick zu werden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
14. habe aufgrund meines Essverhaltens mind. 7kg abgenommen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
15. habe mindestens 10 kg Übergewicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
16. werde manchmal wegen meines Übergewichtes geärgert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
17. habe oft mit meinen Eltern Streit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
18. mache, was ich will	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
19. wurde wegen meines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, einem Ausflug oder Landheimaufenthalt ausgeschlossen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
20. schwänze manchmal die Schule	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
21. habe starke Angst davor zur Schule zu gehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
22. streite mich fast jeden Tag mit meinen Geschwistern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
23. dabei kommt es auch zu ernsthaften Verletzungen, Quälereien oder Drohungen !	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
24. werde von anderen Jugendlichen häufig geärgert, gehänselt, geprügelt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
25. habe Angst vor anderen Jugendlichen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
26. habe überhaupt keinen Kontakt zu Jugendlichen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
27. prügele mich manchmal mit anderen Kindern oder Jugendlichen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
28. wechsle häufig meine Freunde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
29. bin in der Schule leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
30. bin bei den Hausaufgaben sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
31. bin bei Regelspielen (Karten-/Brettspiele) sehr ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
32. bin in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
33. bin bei den Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
34. bin bei Regelspielen (Karten-/Brettspiele) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
35. bin im Straßenverkehr oft unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein



36. bin beim Spielen oft vorschnell, unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
37. bin beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause oft sehr unüberlegt und vorschnell	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
38. habe täglich einen Wutanfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
39. bin ängstlich, mache sich viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.B. Klassenarbeit, unangenehme Aufgaben)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
40. werde dann manchmal vor lauter Aufregung "krank"	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich habe panische Angst ...		
41. ... vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
42. ... allein zuhause zu bleiben	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
43. ... vor fremden Menschen (z. B. bei einer Einladung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
44. ... vor Blitz, Donner oder Dunkelheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
45. ... vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich ...		
46. bin übertrieben ordentlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
47. wasche mir oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
48. kontrolliere bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach (z.B. dass Türen oder Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
49. kaue oder reiße so stark die Fingernägel, dass es häufiger zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise freiliegt!	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
50. bin mindestens einmal pro Woche für mindestens drei Stunden traurig oder niedergeschlagen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
51. - diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
52. bin nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn ich traurig bin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
53. war schon einmal mind. 2 Wochen am Stück traurig oder niedergeschlagen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
54. habe schon einmal ernsthaft gesagt, dass ich mich umbringen will	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
55. rauche mind. 1 Schachtel Zigaretten pro Woche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
56. trinke mehrmals pro Woche Alkohol	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
57. bin mehrmals pro Monat angetrunken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
58. habe zuhause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolleres (Wert größer 30 €) gestohlen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
59. habe schon mindestens fünfmal wertvolle Dinge entwendet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
60. habe schon einmal mit Absicht Dinge, die ihm nicht gehören, zerstört oder beschädigt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
61. dabei ist ein Schaden von mindestens 30 Euro entstanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
62. bin schon von zu Hause weggelaufen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
63. habe folgende, oben nicht genannte Probleme:		

Schule: _____ . Klasse

Schulform: Hauptschule Realschule Gymnasium Förderschule Sonderschule

Schulleistungsprobleme: ja nein

Medienkonsum (TV/PC/Spielekonsolen/Handy/...) durchschnittlich pro Tag <1 1-3 >3 Stunden

Körperliche Aktivitäten / Sport durchschnittlich pro Tag <1 1-3 >3 Stunden