



Fragen an die Eltern: Fragebogen J1

Name der/des Jugendlichen: _____

Liebe Eltern, auf dieser Seite des Fragebogens bitte ich Sie um wichtige Angaben zu Ihrem jugendlichen Kind. Diese Fragen sollen Ihnen die Vorbereitung auf die Jugendgesundheitsuntersuchung erleichtern und mir wichtige Informationen bringen. Bitte bringen Sie den Bogen zur Untersuchung mit.

Gesundheitsstörungen

Leidet oder litt Ihr Kind oder ein anderes Familienmitglied an einer der folgenden Störungen/Erkrankungen:

- Allergien, Asthma, Heuschnupfen, Ekzem, Atemnot in Ruhe/bei Belastung? ja
- Schmerzen (z.B. Kopf, Bauch, Rücken, Hüfte, Knie) ja
- Wenn ja wo? _____ Täglich 1x | Wöchentlich 1x | Monat | Tags | Nachts | nach Belastung
- Herzinfarkte? Kreislauf- oder Fettstoffwechselstörungen (Cholesterin)? ja
- Gehäufte oder länger dauernde Infektionen/Chronische Krankheiten? ja
- Seh- oder Hörbehinderungen, Schielen? ja
- Schilddrüsenerkrankungen? ja
- Bluthochdruck, Nierenerkrankungen, Übergewicht, Blutkrankheiten? ja
- Krampfanfälle z.B. Fieberkrampf ja
- Körperliche Behinderungen z.B. des Bewegungssystems o.a. ja
- Mussten Therapien durchgeführt werden (KG, Logopädie, Ergotherapie und Psychotherapie o.a.)? ja
- Gab es Probleme während der Schwangerschaft oder Geburt? ja
- Laufen lernen, Sprachentwicklung, Kindergartenbesuch mit Problemen? ja
- Hat Ihr Kind seit der letzten Vorsorgeuntersuchung entwicklungsgefährdende Erkrankungen oder Operationen durchgemacht? Welche _____ ja

Sind Ihnen bei Ihrem Kind Störungen der Seelischen Entwicklung/Verhaltensauffälligkeiten aufgefallen?

- Ist Ihr Kind tags und/oder nachts noch nicht sauber (Stuhl und Urin)? ja
- Bestehen ausgeprägte Ein- oder Durchschlafstörungen? ja
- Hat Ihr Kind häufiger Streitereien mit anderen Kindern oder Erwachsenen, die Ihnen Sorge bereiten? ja
- Ist es zu aggressiv? ja
- Hat Ihr Kind besonders viel Angst? Wann, wovor? ja
- Haben Sie emotionale Störungen z.B. Depressionen beobachtet? ja
- Spielt Ihr Kind ungern mit Gleichaltrigen? ja
- Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren, ist es motorisch überaktiv? ja
- Fehlt Ihrem Kind beim Lernen/Spielen Ausdauer oder Aufmerksamkeit? ja
- Ist der Impfschutz Ihres Kindes unvollständig? ja

Bitte bringen Sie alle Impfunterlagen/Impfpässe zur Untersuchung mit!

FAMILIENUMFELD

- Beruf der Mutter: _____ Beruf des Vaters: _____
- Alleinerziehend ja Alleinerziehend ja
- Mutter Raucherin ja Vater Raucher ja

SCHULISCHE ENTWICKLUNG

- Macht Ihnen der schulische Werdegang Ihres Kindes Sorgen? ja
- Sind Sie mit den schulischen Leistungen insgesamt nicht zufrieden? ja
- Schwierigkeiten mit Lehrern? Welche: _____ ja
- Andere Probleme in der Schule (z.B. Gewalt, Alkohol, Drogen, Hausaufgaben, Über/Unterforderung, Konzentration, motorische Unruhe, Verhalten?) ja

GESUNDHEITSVERHALTEN

- Nimmt Ihr Kind regelmäßige Medikamente ein, die nicht verordnet wurden? ja
- Konsumiert es Nikotin, Alkohol oder Drogen? ja

SEELISCHE ENTWICKLUNG/VERHALTEN

- Gibt Ihnen die Entwicklung oder das Verhalten Ihres Kindes Anlass zur Sorge? (Familie, Ernährung, Freizeit Stellung im Freundeskreis, Hobbys, körperlicher, geistiger und psychischer Reifungsstand?) ja
- Wenn ja welche: _____