

Datum:

Elternfragebogen - J 1

Name:

Liebe Eltern,

dieser Fragebogen soll Ihnen die Vorbereitung auf die wichtige Vorsorgeuntersuchung J1 bei Ihrem Kind erleichtern und uns wichtige Informationen für diese Untersuchung liefern. Wir bitten Sie den Fragebogen vollständig auszufüllen. Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Gesundheitsstörungen:

Leidet o. litt Ihr Kind (o. ein anderes Familienmitglied) an einer der folgenden Störungen o. Erkrankungen?

Allergien, Asthma, Heuschnupfen, Ekzem, Atemnot in Ruhe/ bei Belastung? ja nein

Schmerzen (z.B. Kopf, Migräne, Bauch, Rücken, Hüfte, Knie, WS)? ja nein

Wenn ja, wo und wie oft? _____

Herzinfarkte? Kreislauf- o. Fettstoffwechselstörungen (Diabetes, Cholesterin)? ja nein

Gehäufte o. länger dauernde Infektionen o. chronische Krankheiten? ja nein

Seh- und Hörbehinderungen, Schielen? ja nein

Bluthochdruck, Nierenkrankheiten, Übergewicht, Blutkrankheiten, Schilddrüsenerkrankungen?

ja nein

Krampfanfälle, Fieberkrämpfe, seelische Leiden? ja nein

Körperliche Behinderung, z.B. des Bewegungssystems o.ä.? ja nein

Mussten Therapien durchgeführt werden, z.B. Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie, Psychotherapie? ja nein

Gab es Probleme während der Schwangerschaft, der Geburt o. in der Neugeborenenzeit?

ja nein

Laufen lernen, Sprachentwicklung verzögert, Kindergartenbesuch mit Problemen?

ja nein

Hat Ihr Kind seit der letzten Vorsorgeuntersuchung schwere o. entwicklungsgefährdende

Erkrankungen o. Operationen durchgemacht? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Ihnen bei Ihrem Kind aufgefallen:

Störungen der seelischen Entwicklung/ Verhaltensauffälligkeiten? ja nein

Ist Ihr Kind am Tag u./o. in der Nacht noch nicht sauber (Stuhl u./o. Urin)? ja nein

Bestehen ausgeprägte Ein- o. Durchschlafstörungen? ja nein

Gibt es Probleme mit dem Essen? ja nein

Hat Ihr Kind häufig Streitereien mit anderen Kindern o. Erwachsenen, die Ihnen Sorge bereiten?

ja nein

Ist es zu aggressiv? Hat es starke Stimmungsschwankungen?

ja nein

Hat Ihr Kind besonders viel Angst?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie emotionale Störungen (z.B. Depressionen, ausgeprägtes, anhaltendes Traurig sein) beobachtet? ja nein

Spielt/ o. kooperiert Ihr Kind nicht o. nur ungern mit Gleichaltrigen? ja nein

- Ist Ihr Kind nicht in einer Gruppe Gleichaltriger integriert? ja nein
 Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren, ist es motorisch überaktiv o. ungeschickt? ja nein
 Fehlt Ihrem Kind beim Lernen/ Spielen Ausdauer, Aufmerksamkeit u./o. Konzentration? ja nein
 Erhält Ihr Kind regelmäßig Jod-Tabletten o. Schilddrüsen-Hormone? ja nein

Familienumfeld:

- Beruf der Mutter: _____
 Beruf des Vaters: _____
 Mutter Raucherin? ja nein
 Vater Raucher? ja nein
 Geschieden? ja nein
 Alleinerziehend? ja nein
 Gibt es Probleme innerhalb der Familie? ja nein
 Wohnungsgröße/ Zimmerzahl: _____
 Hat Ihr Kind kein eigenes Zimmer? ja nein

Schulische Entwicklung:

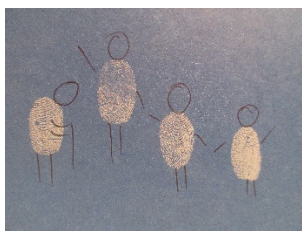
- Macht Ihnen der schulische Werdegang Ihres Kindes Sorgen? ja nein
 Sind Sie mit den schulischen Leistungen insgesamt nicht zufrieden? ja nein
 Gibt es Schwierigkeiten mit Lehrern o. Mitschülern? ja nein
 Wenn ja, welche? _____
 Andere Probleme in der Schule (z.B. Lesen, Schreiben, Rechnen, Hausaufgaben, Über-, Unterforderung, motorische Unruhe, Verhalten, Gewalt, Rauchen, Alkohol, Drogen)? ja nein

Gesundheitsverhalten:

- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein (auch welche, die nicht verordnet wurden)? ja nein
 Raucht es, trinkt es Alkohol, konsumiert es Drogen? ja nein

Seelische Entwicklung/ Verhalten:

- Gibt Ihnen die Entwicklung o. das Verhalten Ihres Kindes Anlass zur Sorge (z.B. Familie, Ernährung, Freizeit, Freundeskreis, Hobbys, körperliche, geistige, psychische und sexuelle Reife)? ja nein
 Wenn ja, warum? _____



Datum:

Fragebogen Jugendlicher J 1

Liebe(r)

hier bitte ich Dich um eigene Auskünfte über Dich und Deine Gesundheit. Deine Angaben interessieren mich sehr. Sie werden uns bei der Jugendgesundheitsuntersuchung eine große Hilfe sein!

Leidest du häufig/ gelegentlich unter Beschwerden wie:

- Kopfschmerzen,
- Müdigkeit,
- Abgeschlagenheit,
- Konzentrationsstörung,
- Schwindel,
- Bauchschmerzen,
- Rücken- o. Gelenksbeschwerden,
- andere Beschwerden?

ja nein

Fühlst du dich anhaltend krank?

ja nein

Hast du Schwierigkeiten z.B. beim Ballspielen, Laufen, Radfahren, Klettern, Schwimmen o. beim Turnunterricht?

ja nein

Hast du Schwierigkeiten beim Öffnen von Knoten o. beim Eindrehen von Schrauben?

ja nein

Malst Du o. bastelst Du weniger gern als Deine Altersgenossen?

ja nein

Ist es für Dich schwierig, Figuren mit der Schere aus Papier auszuschneiden?

ja nein

Gibt es Probleme beim Lernen z.B. Auswendig behalten, Konzentration, Lesen, Rechnen, Schreiben, Anderes?

ja nein

Welche Schule besuchst Du? Hauptschule, Realschule, Gymnasium, Andere

Klasse: _____ Durchschnittsnote: _____

Ist Deine Versetzung gefährdet?

ja nein

Was sind Deine Lieblingsfächer? _____

Was sind Deine Problemfächer? _____

Gibt es Probleme mit Deinen Schulleistungen?

ja nein

Fühlst Du Dich in Deiner Schulklasse unwohl?

ja nein

Kannst Du Dich nicht leicht an Regeln halten? Bist Du nicht großzügig o. nicht hilfsbereit?

ja nein

Hast Du keine guten gleichaltrigen Freunde?

ja nein

Gibst Du Dich zu Hause anders als in der Schule? Gibt es Probleme in Deiner Familie?

ja nein

Hast Du manchmal Hungerattacken u. fällst über den Kühlschrank her? Hast Du nach dem Essen das Bedürfnis, Dich zu Übergeben? Übergibst Du Dich nach dem Essen?

ja nein

Musst du häufig die Augen zusammenkneifen? Wiederholst Du bestimmte Bewegungen (z.B.

Schulterzucken) besonders häufig? O. hat Dir das jemand schon einmal gesagt?

ja nein

Wäschst Du Dir besonders häufig die Hände? O. machst Du andere Dinge besonders häufig, so dass Dich dies im Alltag behindert? ja O nein

Ist Deine Stimmung nicht überwiegend fröhlich und ausgeglichen? ja O nein

Hast Du nicht genügend schulische und außerschulische Erfolge? ja O nein

Widmest Du Dich gestellten Aufgaben nicht intensiv, ehrgeizig, willig? ja O nein

Hast Du vor etwas besondere Angst (in der Schule, zu Hause, in Deiner Freizeit)? ja O nein

Hast Du starke Stimmungsschwankungen? Bist Du oft/ anhaltend traurig? ja O nein

Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein? ja O nein

Wenn ja, welche? _____

Nimmst Du regelmäßig Jodtabletten o. Schilddrüsenmedikamente? ja O nein

Rauchst Du? Wenn ja, wie viel? _____ ja O nein

Trinkst Du Alkohol? Wenn ja, wie oft u. was? _____ ja O nein

Hast Du Erfahrung mit Drogen? ja O nein

Treibst Du Sport? O Im Verein, O In der Freizeit ja O nein

Wenn ja, welche Sportart? _____

Was machst Du sonst gerne in deiner Freizeit? O Jugendtreffs, O Vereine

Welche Hobbys hast Du? _____

Fernsehgewohnheiten: _____ Stunden pro Tag, _____ Stunden am Wochenende

Computerspiele/ Internet: _____ Stunden pro Tag

MP3-Player/ Musikhören: _____ Stunden pro Tag

Liest Du? O Bücher, O Zeitschriften, O Comics, O E-Books ja O nein

Gibt es Probleme mit der Ernährung (zu viel, zu wenig, andere?) ja O nein

Macht Dir Dein Gewicht Sorgen (zu wenig, zu viel)? ja O nein

Hast Du schon mal eine Diät gemacht? ja O nein

Wenn ja, warum? Erfolge? _____

Hast Du besondere Essgewohnheiten (z.B. vegetarische Kost, andere)? ja O nein

Für Mädchen: Erste Regelblutung mit _____ Jahren

Blutung regelmäßig ja O nein

Letzte Blutung am _____

Für Jungen: Stimmbruch? ja O nein

Hast du Probleme mit Deinem Freund/ Deiner Freundin? Beim/ mit dem Sex? Mit der Verhütung? ja O nein

Hast Du Fragen zu den wichtigen Impfungen bei Jugendlichen (z.B. gegen Tetanus, Diphtherie, Polio, Keuchhusten, Windpocken, Meningitis, Hepatitis A/B, HPV, Reiseimpfungen usw.)? ja O nein

Welche weiteren Fragen würdest Du gern mit mir besprechen?

