

Praxis für Kinder- und Jugendliche

Chr. Kunze, Dr. K. Schaal

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

Marktplatz 3 - 884761 Laupheim - 07392-6049

Fragebogen zur Jugendgesundheitsuntersuchung J1

Fragen an die Eltern

Liebe Eltern von _____(Name der/des Jugendlichen)

auf dieser Seite des Fragebogens bitten wir Sie um Angaben zu Ihrem jugendlichen Kind. Diese Fragen sollen Ihnen die Vorbereitung auf die Jugendgesundheitsuntersuchung erleichtern und uns wichtige Informationen geben. Gerne sprechen wir mit Ihnen ausführlich über alle Punkte, die Sie besonders interessieren bzw. Ihnen Sorgen bereiten.

Familie

Hat Ihr Kind Geschwister? Wie viele? _____

Liegt eine besondere familiäre Situation vor?

- Eltern getrennt?
- Elternteil verstorben?
- Elternteil alleinerziehend? Kind lebt bei der Mutter beim Vater

Hat Ihre Tochter /Ihr Sohn ein eigens Zimmer? ja nein

Gibt es häufig Anlass zu Auseinandersetzung ja nein

Anlass? _____

Wie schätzen Sie das Vertrauensverhältnis zu Ihrem Kind ein? _____(Skala 1-6; 1= starkes Vertrauen, 6=geringes Vertrauen)

Rauchen Sie? Mutter ja nein Vater : ja nein

Gesundheit des Jugendlichen

Leidet/erkrankte ein Familienmitglied an

erhöhtem Cholesterinspiegel

Schilddrüsenerkrankungen, bösartigen Erkrankungen?

Hat Ihr Kind regelmäßig Schmerzen (Kopf/Bauch, Rücken, Gelenke). ja nein

Wenn ja,

wo: _____

Hat Ihr Kind seit der letzten Vorsorgeuntersuchung schwere oder entwicklungsgefährdende Erkrankungen oder Operationen durchgemacht? ja nein

Welche? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ja nein

Welche? _____

Verhaltensauffälligkeiten

- Sprache
- Seh- und Hörbehinderung I
- Schlafstörungen
- Bei der seelischen Entwicklung
- Angstzustände
- Essstörungen
- Gewichtsprobleme

- Im Umgang mit anderen
- Schwierigkeiten in der Schule
- Störungen/Schwierigkeiten beim Lernen/Konzentration
- Probleme mit Suchtmitteln (Alkohol, Rauchen)
- Medienkonsum > 3 Stunden pro Tag
- Probleme mit dem Schlaf

Sind sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? _____
(Skala 1-6; 1= sehr, 6=überhaupt nicht)

Sind Sie mit dem schulischen Werdegang Ihres Kindes Zufrieden? _____
(Skala 1-6; 1= sehr, 6=überhaupt nicht)

**Bitte bringen Sie alle Impfunterlagen zur Untersuchung mit:
Gerne informieren wir Sie zu wichtigen Impfungen für Jugendliche.**

Welche Fragen würden Sie gerne mit uns besprechen? _____

Allgemeine Entwicklung

- Hat Ihr Kind Hobbys? ja nein
- Ist Ihr Kind sportlich aktiv? ja nein
- Ist Ihr Kind in einer Gruppe von Gleichaltrigen integriert? ja nein
- Spielt Ihr Kind ein Instrument? ja nein

Fragebogen zur Jugendgesundheitsuntersuchung J1

Fragen an die/den Jugendlichen

Das Gespräch mit dir unterliegt der **ärztlichen Schweigepflicht!**

Liebe (r) _____ (bitte Namen eintragen)

Bitte beantworte die nachfolgenden Fragen, sodass dein Arzt bei der Untersuchung und dem Beratungsgespräch besonders gut auf dich eingehen kann.

Schule

Welche Schule besuchst Du? - _____

Klasse: _____

Bist du mit der Schule/den Lehrern/deinen Leistungen zufrieden? ja nein Geht so
Gibt es Probleme mit Deinen Schulleistungen? ja nein Geht so

Nachhilfe ? ja nein

Gibt es sonst Probleme in der Schule ja nein
Welche? _____

Familie

Kommst du gut klar mit:

- deinen Eltern? ja nein Geht so

- deinen Geschwistern ja nein Geht so

Freunde

Hast Du gute gleichaltrige Freunde?

ja nein

Kannst du mit deinen Eltern über Probleme reden? ja nein Geht so
Kannst du mit deinen Freunden über Probleme reden? ja nein Geht so
Wirst Du zu Partys eingeladen? ja nein selten

Gesundheit

Fühlst du dich gesund? ja nein Geht so

Warum geht es dir nicht gut? _____

Hast du in letzter Zeit körperliche Beschwerden?
Wenn ja welche? _____

Nimmst du regelmäßig Medikamente ?

Hast du vor etwas besonders Angst? Wenn ja, wovor? _____

Wie zufrieden bist du mit deiner körperlichen Entwicklung, deiner Größe, deinem Gewicht?
 Zufrieden Geht so Unzufrieden

Womit bist du unzufrieden? _____

Sport

Treibst Du Sport? Ja Nein Verein _____ Freizeit _____

Sportart _____

Deine Einschätzung

Bist du eher fröhlich traurig ruhig ausgelassen
aggressiv

Wie zufrieden bist du mit deinem Leben? Zufrieden Geht so Unzufrieden

Deine Einschätzung zu Suchtmittel (falls du etwas dazu sagen möchtest).

Zigaretten: nein danke schon probiert ich rauche selbst Freunde rauchen

Alkohol: nein danke schon probiert hin und wieder häufig

Drogen: nein danke schon probiert Freunde probieren

Was machst Du gerne in Deiner Freizeit? _____

Welche Hobbys hast Du? _____

Spielst Du ein Instrument? _____

Fernsehen (_____ Stunden/Tag _____ Stunden/Wochenende)

Computer/Internet (_____ Stunden/Tag _____ Stunden/Wochenende)

Pubertätsentwicklung

Für Mädchen: erste Regelblutung mit _____ Jahren noch nicht

Blutung regelmäßig unregelmäßig

Für Jungen Stimmbruch

Welche weiteren Fragen würdest Du gerne mit mir besprechen?

Fragen zu deiner Gesundheit

Probleme mit dem Schlaf

Fragen zu Medikamenten, Alkohol, Rauchen, Sucht

Fragen zu Impfungen Ernährungsfragen

Probleme Schule /Familie/ Freundeskreis

Fragen zur körperlichen Entwicklung, Pubertät, Aufklärung, Sexualität, Verhütung