



Fragebogen für Eltern zur J1

Name/Vorname des Jugendlichen	
Geburtsdatum	
Ausgefüllt am	
Ausgefüllt von	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> _____

Liebe Eltern,

dieser Fragebogen soll Ihnen auf die wichtigste Gesunderhaltung bei Ihrem jugendlichen Kind erleichtern und mir wertvolle Informationen für diese Untersuchung bringen, Keine Angst, Sie brauchen nicht alle Fragen einzeln zu beantworten. Bitte kreuzen Sie nur die Fragen an, bei denen Sie Auffälligkeiten bei Ihrem Kind vermuten. Bitte bringen Sie den Bogen zur Untersuchung mit, damit wir ausführlich über diese Punkte sprechen können.

Gibt Ihnen die Entwicklung oder das Verhalten Ihres Kindes Anlass zu Sorge? (Zusammenleben in der Familie, Stellung im Freundeskreis, Hobbys, körperlicher, geistiger, psychischer und sexueller Reifungszustand?) Wenn ja, welche? _____	Ja <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------

Sind sie mit dem schulischen Werdegang Ihres Kindes zufrieden? Auf welche Schule geht Ihr Kind? Typ? _____ Klasse? _____	Nein <input type="checkbox"/>
- Sind Sie mit den schulischen Leistungen insgesamt zufrieden?	Nein <input type="checkbox"/>
- Welche Fächer bereiten Ihrem Kind besondere Freude?	
- Welche Fächer bereiten Ihrem Kind besondere Probleme?	
- Schwierigkeiten mit Lehrern? Welche? _____	Ja <input type="checkbox"/>
- Andere Probleme in der Schule? Bitte zutreffendes unterstreichen → (z.B. Gewalt, Alkohol, Drogen, Hausaufgaben, Über-/Unterforderung, Konzentration, motorische Unruhe, Verhalten _____)	Ja <input type="checkbox"/>

Leidet oder litt Ihr Kind oder ein anderes Familienmitglied an einer der folgenden Störungen/Erkrankungen	
- Krampfanfälle (z.B. Absencen) oder Fieberkrämpfe?	Ja <input type="checkbox"/>
- Gehäufte oder länger dauernde Infektionen / chronische Krankheiten?	Ja <input type="checkbox"/>
- Allergien, Asthma, Heuschnupfen, Ekzem, Atemnot <input type="checkbox"/> in Ruhe <input type="checkbox"/> bei Belastung	Ja <input type="checkbox"/>
Schmerzen (z.B. Kopf [Migräne], Bauch, Rücken, Hüfte, Knie) wenn ja — wo? _____	Ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> mal/Woche <input type="checkbox"/> 1mal/Monat <input type="checkbox"/> tags <input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/> nur unter Belastung	
- Herzinfarkte? Kreislauf- oder Fettstoffwechsel-Störungen (Cholesterin)?	Ja <input type="checkbox"/>

Hat Ihr Kind seit der letzten Vorsorgeuntersuchung entwicklungsgefährdende Erkrankungen oder Operationen durchgemacht? Wenn ja — welche _____	Ja <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------

Sind bei Ihrem Kind aufgefallen:	
➤ Störungen der Sprache / des Sprechens	Ja <input type="checkbox"/>
- Sprachstörungen, z.B. deutliche Fehler der Grammatik und/oder der Satzbildung?	Ja <input type="checkbox"/>
- Ist die Sprache gewandt, ausdrucksreich und sicher?	Ja <input type="checkbox"/>
- Störungen der Aussprache, z.B. Stottern, Stammeln?	Ja <input type="checkbox"/>
- Störungen der Sprachverhältnisse?	Ja <input type="checkbox"/>
➤ Störungen der seelischen Entwicklung / Verhaltensauffälligkeiten?	Ja <input type="checkbox"/>
- Ist Ihr Kind tags und nachts sicher sauber (Stuhl/Urin)?	Nein <input type="checkbox"/>
- Bestehen ausgeprägte Ein- oder Durchschlafstörungen?	Ja <input type="checkbox"/>
- Hat Ihr Kind häufig Streitereien mit anderen Kindern oder Erwachsenen, die Ihnen Sorge bereiten? Ist	

- es zu aggressiv?
- Hat Ihr Kind besonders viel Angst?
Wann: _____ wovor: _____ vor wem: _____ ?
 - Haben Sie emotionale Störungen (z.B. Depressionen) beobachtet?
 - Spielt Ihr Kind nicht nur ungern mit Gleichaltrigen?
 - kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren, ist es motorisch überaktiv?
 - Fehlt Ihrem Kind beim Lernen / Spielen die Ausdauer?
 - Störungen der **Grobmotorik:**
 - Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind z.B. beim Ballspielen, Laufen, Radfahren, Klettern, Schwimmen oder beim Turnunterricht mehr Schwierigkeiten hat, weniger geschickt ist als Gleichaltrige?.
 - Störungen der **Feinmotorik:**
 - Malt Ihr Kind ungern? Bastelt es weniger gern und ausdauernd als Altersgenossen? Ist es ungeschickt beim Schreiben, beim Werken
 - Störungen beim **Lernen:**
 - Auswendigbehalten, Konzentration, Lesen, Rechnen, Schreiben?

Sind Ihnen bei Ihrem Kind aufgefallen:

- **Sehbehinderungen**
 - Interessiert es sich für das Fernsehen nur, wenn es nahe davor steht?
 - Schielt Ihr Kind, z.B. wenn es müde ist?
 - Können Sie bei Ihrem Kind beobachten: Regelmäßig eingenommene Kopfschief- oder Zwangshaltungen, Lichtscheu, vermehrtes Blinzeln oder Tränenlaufen,
 - Auggreifen oder Augbohren. Zukneifen eines oder beider Augen (z.B. bei genauem Fixieren), Lidspaltendifferenz, häufige Lidrandentzündungen, Kopfschmerzen nach der Schule?
 - Kann Ihr Kind schlecht erkennen, was auf die Tafel geschrieben wird?
- **Hörbehinderungen**
 - Hörbehinderungen
 - Spricht Ihr Kind häufig auffallend laut?
 - Versteht Ihr Kind leise gesprochene Aufforderungen nicht oder falsch, wenn es Ihnen nicht auf den Mund sehen kann?
 - Interessiert sich Ihr Kind für Radio und Fernseher nur, wenn diese auf große Lautstärke gestellt sind?
 - Versteht Ihr Kind oft nicht, was der Lehrer sagt? Muss es mehrfach angesprochen werden? Lässt seine Konzentration rasch nach?
 - Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit dem Hören in lauter Umgebung?

Fragen zur allgemeinen Entwicklung:

- Kooperiert Ihr Kind im Spiel/in der Schule mit anderen Kindern? Nein
- Ist Ihr Kind in seine Schulklasse integriert? Nein
- Kann sich Ihr Kind an Regeln halten? Ist es großzügig, hilfsbereit? Nein
- Hat Ihr Kind gleichaltrige Freunde (seine „Bande“)? Nein
- Bestehen erhebliche Unterschiede im Verhalten zu Hause in der Schule? Ja
- Gibt es Essstörungen, Tics oder Zwänge bei Ihrem Kind? Ja
- Ist die Stimmung überwiegend fröhlich ausgeglichen schlecht gelaunt?
- Hat Ihr Kind genügend schulische / außerschulische Erfolge? Nein
- Widmet sich Ihr Kind gestellten Aufgaben intensiv, ehrgeizig, willig? Nein
- Welche Interessen, Hobbys hat Ihr Kind?

- Fernsehgewohnheiten: _____ Stunden pro Tag _____ Stunden am Wochenende
- Findet Ihr Kind immer Beschäftigung oder langweilt es sich häufig?
- Welche Medikamente nimmt Ihr Kind regelmäßig ein?

- Jodprophylaxe? Nein

Werden Nikotin, Alkohol oder Drogen konsumiert?

Nein

Pubertätsentwicklung: Menarche (erste Regelblutung) mit _____ Jahren

Periode: regelmäßig? unregelmäßig?

Letzte Blutung, wann? _____

Sexualprobleme?

Ja

Fragen zum Impfschutz

Gerne möchte ich mit Ihnen die J1 nutzen, um den Impfstatus Ihres Kindes zu überprüfen. Bitte bringen Sie unbedingt den Impfpass Ihres Kindes zur Untersuchung mit, dass wir gemeinsam besprechen können, ob ein ausreichender Schutz gegen Hepatitis B/A, Tetanus, Diphtherie und Röteln besteht!

Welche Fragen würden Sie gerne mit mir besprechen?

Vielen Dank, dass Sie sich so intensiv mit diesen Fragen beschäftigt haben! Bitte bringen Sie **diesen Bogen**, den **Impfpass** und das **Vorsorgeheft** unbedingt zum Untersuchungstermin mit. Dies wird uns eine große Hilfe sein bei der Durchführung der Untersuchung. Bitte denken Sie daran, dass diese Untersuchung etwa 1 Stunde volle Konzentration von Ihrem Kind verlangt. Kommen Sie daher mit Ihrem Kind alleine, ohne Geschwister, damit die Untersuchung ungestört optimal ablaufen kann. Und freuen Sie sich trotz all dieser Fragen auf die Vorsorgeuntersuchung. Wir werden gemeinsam viel Freude an und mit Ihrem Kind haben.

Vielen Dank
Ihr Praxisteam