

## 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? Ja   
(Zusammenleben in der Familie, Stellung im Freundeskreis, Hobbys, körperlicher, geistiger, psychischer und sexueller Reifungszustand?)  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

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

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

Hat Ihr Kind seit der letzten Vorsorgeuntersuchung **entwicklungsgefährdende Erkrankungen oder Operationen** durchgemacht? Ja   
Wenn ja — welche \_\_\_\_\_

### Sind bei Ihrem Kind aufgefallen:

➤ Störungen der **Sprache / des Sprechens** Ja   
- Sprachstörungen, z.B. deutliche Fehler der Grammatik und/oder der Satzbildung? Ja   
- Ist die Sprache gewandt, ausdrucksreich und sicher? Ja   
- Störungen der Aussprache, z.B. Stottern, Stammeln? Ja   
- Störungen der Sprachverhältnisse? Ja   
➤ Störungen der **seelischen Entwicklung / Verhaltensauffälligkeiten?** Ja   
- Ist Ihr Kind tags und nachts sicher sauber (Stuhl/Urin)? Nein   
- Bestehen ausgeprägte Ein- oder Durchschlafstörungen? Ja   
- Hat Ihr Kind häufig Streitereien mit anderen Kindern oder Erwachsenen, die Ihnen Sorge bereiten? Ist es zu aggressiv? Ja

- Hat Ihr Kind besonders viel Angst?  
Wann: \_\_\_\_\_ wovor: \_\_\_\_\_ vor wem: \_\_\_\_\_ ? Ja
- Haben Sie emotionale Störungen (z.B. Depressionen) beobachtet? Ja
- Spielt Ihr Kind  nicht  nur ungern mit Gleichaltrigen? Ja
- kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren, ist es motorisch überaktiv? Ja
- Fehlt Ihrem Kind beim Lernen / Spielen die Ausdauer? Ja
- **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?. Ja
- **Störungen der Feinmotorik:** Ja
- Malt Ihr Kind ungern? Bastelt es weniger gern und ausdauernd als Altersgenossen? Ist es ungeschickt beim Schreiben, beim Werken Ja
- **Störungen beim Lernen:**
- Auswendig behalten, Konzentration, Lesen, Rechnen, Schreiben? Ja

### Sind Ihnen bei Ihrem Kind aufgefallen:

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

### 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? Nein
- 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

