

Formulare
Gemeinschaftspraxis Dr. med. B. und Dr. med. A. Teichmann
FB 49
Fragebogen J1 Eltern

Fragen an die Eltern

Name des Jugendlichen: _____ geb. _____ Untersuchung am: _____

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. Gerne spreche ich mit Ihnen ausführlich über alle Punkte, die Sie besonders interessieren bzw. Ihnen Sorgen bereiten.

	JA	NEIN
<u>GESUNDHEITSSTÖRUNGEN</u>		
Leidet oder litt ihr Kind oder ein anderes Familienmitglied an einer der folgenden Störungen/Erkrankungen?		
➤ Allergien, Asthma, Heuschnupfen, Ekzem, Atemnot in Ruhe/ bei Belastung Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Schmerzen (z. B. Kopf (Migräne), Bauch, Rücken, Hüfte, Knie) Wenn ja, wo? _____ Und wann? <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> 1x/Wo. <input type="checkbox"/> 1x/Monat <input type="checkbox"/> tags <input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/> nach Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Herzinfarkte?		
➤ Kreislauf- oder Fettstoffwechselstörungen (Cholesterin)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Gehäufte oder länger dauernde Infektionen? Chron. Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Seh- oder Hörbehinderungen?		
➤ Schielen?		
➤ Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Bluthochdruck, Nierenkrankheiten, Übergewicht, Blutkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Krampfanfälle z.B. Fieberkrämpfe, seelische Leiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Körperliche Behinderungen z.B. des Bewegungssystems o.ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Laufenlernen, Sprachentwicklung, Kindergartenbesuch mit Problemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mussten Therapien durchgeführt werden (KG, Logopädie, Ergo- od. Physiotherapie o. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es Probleme während de Schwangerschaft oder Geburt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind sei der letzten Vorsorgeuntersuchung Entwicklung gefährdende Erkrankungen oder Operationen durchgemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		

Sind Ihnen bei Ihrem Kind aufgefallen:

STÖRUNGEN DER SEELISCHEN ENTWICKLUNG/VERHALTENS AUFFÄLLIGKEITEN

Ist Ihr Kind tags und/oder nachts noch nicht sauber (Stuhl/urin)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen ausgeprägte Ein- oder Durchschlafstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind häufig Streitereien mit anderen Kindern oder Erwachsenen, die Ihnen Sorge bereiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist es zu aggressiv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind besonders viel Angst? Wenn ja, wann? _____ Wovor? _____ Vor wem? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben sie emotionale Störungen z. B. Depressionen beobachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielt ihr Kind nicht/nur ungern mit Gleichaltrigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren , ist es motorisch überaktiv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlt Ihrem Kind beim Lernen/Spielen Ausdauer oder Aufmerksamkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden!

Formulare
Gemeinschaftspraxis Dr. med. B. und Dr. med. A. Teichmann
FB 49
Fragebogen J1 Eltern

Fragen an die Eltern

Name des Jugendlichen: _____ geb. _____ Untersuchung am: _____

JA NEIN

Ist der **Impfschutz** Ihres Kindes vollständig?
Bitte bringen Sie alle Impfunterlagen/Impfpässe zur Untersuchung mit!!!

Erhält ihr Kind regelmäßig **Jod-Tabletten** oder **Schilddrüsen-Hormone**?

FAMILIENUMFELD

Beruf der Mutter: _____ Beruf des Vaters: _____
Alleinerziehend? ja nein Scheidung ja nein
Mutter Raucherin? ja nein Vater Raucher? ja nein
Wohnungsgröße _____ m²
Zimmeranzahl _____
Eigenes Zimmer ja nein

SCHULISCHE ENTWICKLUNG

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

GESUNDHEITSVERHALTEN

Nimmt Ihr Kind regelmäßig **Medikamente** ein, die nicht verordnet wurden?
Konsumiert es **Nikotin**?
Konsumiert es **Alkohol**?
Konsumiert es **Drogen**?

SEELISCHE ENTWICKLUNG / VERHALTEN

Gibt Ihnen die **Entwicklung oder das Verhalten Ihres Kindes** Anlass zur Sorge?
(Familie, Ernährung, Freizeit, Stellung im Freundeskreis, Hobbys, körperlicher, geistiger, psychischer
und sexueller Reifungsstand)