

Name des Jugendlichen: _____

Geburtsdatum: _____

Diese Fragen beantworten deine Eltern

Heute klagen viele der 13- bis 15-Jährigen über Probleme am Skelettsystem. Bei etwa 15 Prozent der Teenager zeigen sich Auffälligkeiten wie Konzentrationsschwäche, Leistungsschwierigkeiten, Persönlichkeitsdefizite und Motivationsprobleme. Auch Drogenprobleme und Essstörungen beginnen oft in dieser Zeit.

Die J1 Untersuchung gehört zu den **kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen** für Ihr Kind im Alter von 13 bis 15 Jahren. Sie soll zeigen, ob die körperliche Entwicklung in der Pubertät normal verläuft. Zudem wird auch die seelische Situation der Heranwachsenden beleuchtet. In der Pubertät beginnen sich die Jugendlichen meist von den Eltern zu lösen. Oft ist es besser, wenn die Jugendlichen allein zur Untersuchung kommen. Am besten fragen Sie Ihr Kind. Gerne sind wir bereit, uns mit Ihnen zu einem getrennten Gesprächstermin zu verabreden. **Mit dem vorliegenden Fragebogen können Sie die Vorbereitung auf die wichtige J1 Untersuchung erleichtern und uns wichtige Informationen für diese Untersuchung geben.**

Familie

Hat Ihr Kind Geschwister? Wie viele? _____

Liegt eine besondere familiäre Situation vor?

Eltern getrennt? Ja Nein Elternteil verstorben? Ja Nein

Elternteil alleinerziehend? Kind lebt bei der Mutter/beim Vater Anmerkung: _____

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn ein eigenes Zimmer? Ja Nein

Gibt es häufig Anlass zu Auseinandersetzungen? Nein Ja Anlass: _____

Wie schätzen Sie das Vertrauensverhältnis zu Ihrer Tochter/Ihrem Sohn ein? _____ (Skala von 1-6; 1= starkes Vertrauen, 6= geringes Vertrauen)

Rauchen Sie? Mutter: Ja Nein Vater: Ja Nein

Gesundheit des Jugendlichen

Sind im Verlauf der Entwicklung Probleme aufgetreten?

Kleinkindalter Kindergartenalter Schulzeit Wenn ja, welche? _____

Liegen bekannte Erkrankungen/Behinderungen vor?

beim Kind bei den Eltern bei den Geschwistern bei den Großeltern

Wenn ja, welche? _____

Gab es bei Ihrem Kind bisher Operationen? Wenn ja, welche? _____

Nimmt Ihre Tochter/Ihr Sohn regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja Folgende: _____

Wurden bei Ihrem Kind alle erforderlichen Impfungen durchgeführt? Bitte unbedingt den Impfausweis mitbringen!

Ja Nein Nicht bekannt

Verhaltensauffälligkeiten

Bei der Sprache

Ja Nein Kommentar: _____

Bei der seelischen Entwicklung

Ja Nein Kommentar: _____

Im Umgang mit Anderen

Ja Nein Kommentar: _____

Schwierigkeiten in der Schule

Ja Nein Kommentar: _____

Störungen/Schwierigkeiten beim Lernen, Konzentrationsstörungen

Ja Nein Kommentar: _____

Schlafstörungen

Ja Nein Kommentar: _____

Essstörungen, Gewichtsprobleme

Ja Nein Kommentar: _____

Angstzustände

Ja Nein Kommentar: _____

Seh- und/oder Hörbehinderungen

Ja Nein Kommentar: _____

Probleme mit Suchtmitteln (Alkohol, Rauchen, Drogen)

Ja Nein Kommentar: _____

Allgemeine Entwicklung

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn besondere Talente/Interessen? Nein Ja Folgende: _____

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn Hobbys? Nein Ja Folgende: _____

Ist Ihre Tochter/Ihr Sohn sportlich aktiv? Nein Ja Sportarten: _____

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn gleichaltrige Freunde? Nein Ja

Sind Sie mit der Entwicklung Ihrer Tochter/Ihres Sohnes zufrieden? _____ (Skala von 1-6; 1= Sehr, 6= überhaupt nicht)

Sind Sie mit dem schulischen Werdegang Ihrer Tochter/Ihres Sohnes zufrieden? _____ (Skala von 1-6; 1= Sehr, 6= überhaupt nicht)

Welche Fragen würden Sie gerne mit uns besprechen?

Weitere Informationen

Warum zur J1 gehen?

Die meisten Jugendlichen sind in einer guten körperlichen Verfassung, doch heißt „jung sein“ nicht immer auch „gesund sein“. Einige gesundheitliche Probleme wie z. B. Allergien, Schilddrüsen-Erkrankungen, Störungen der Pubertätsentwicklung, Übergewicht oder Magersucht, Hautprobleme, Haltungsschäden sowie psychische Störungen oder Suchtprobleme können auch in dieser Altersgruppe bereits vorkommen.

Früh und rechtzeitig erkannt, lassen sich Spätschäden vielfach vermeiden und Fehlentwicklungen häufig noch behandeln, die sich im Erwachsenenalter nicht mehr beheben lassen. Daher hat man 1998 die Jugendgesundheitsuntersuchung J1 als Kassenleistung eingeführt. **Diese Vorsorgeuntersuchung ist ein wichtiger, kostenloser Gesundheitscheck für Jugendliche im Alter von 13 bis 15 Jahren.**

Was passiert bei der J1?

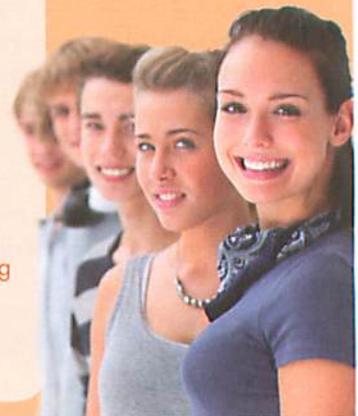
Die J1 wird vom Kinder- und Jugendarzt oder dem Hausarzt durchgeführt und ist mehr als eine rein körperliche Untersuchung. Die J1 ist auch ein Angebot zum Gespräch. Unter dem Schutz der ärztlichen Schweigepflicht können die Jugendlichen mit einer unabhängigen und fachkundigen Person Fragen zu Verhütung, Gesundheitsproblemen, Drogenkonsum, Ernährung, Problemen in der Schule oder im Elternhaus besprechen. Die Jugendlichen können alleine, mit ihren Eltern oder auch mit Freunden kommen.

Ablauf der J1:

- Terminabsprache
- Ausfüllen der Fragebögen für die Jugendlichen und für die Eltern
- Überprüfen des Impfausweises: Ist der Impfschutz ausreichend?

Körperliche Untersuchung:

- Messen von Blutdruck und Puls
- Feststellen des Gewichts, der Körpergröße, des BMI und der körperlichen Entwicklung
- Abhören der Lunge, Überprüfung der Atmung
- Untersuchung des Skelettsystems und der Muskulatur (Haltungsschäden)
- Kontrolle der Schilddrüse
- Untersuchung der Haut
- Blut- und Urinuntersuchung
- Hör- und Sehtest



Gespräch/Beratung für die Jugendlichen und die Eltern ggf. auch getrennt:

- Besprechung chronischer Erkrankungen
- Impfberatung; Aufklärung zu erforderlichen Impfungen und Nachimpfungen z. B. Pertussis (Keuchhusten) und HPV (Gebärmutterhalskrebs)
- Klärung der Jodprophylaxe (Schilddrüse, Kropfbildung)
- Abklärung von Problemen in der Schule, Familie, im Freundeskreis
- Fragen zur Pubertätsentwicklung, wenn gewünscht auch zur Sexualaufklärung; Verhütung
- Fragen zu Medikamenteneinnahme, Alkohol-, Nikotin- und Drogenkonsum
- Fragen zu Ernährung und Essgewohnheiten
- Besprechung seelischer Probleme

Was bringt man zur Untersuchung mit?

- Chipkarte der Krankenkasse
- Gelbes Vorsorgeuntersuchungsheft (falls vorhanden)
- Impfausweis
- Fragebogen (kann evtl. auch in der Praxis ausgefüllt werden)

An die Eltern:

Es ist durchaus möglich, dass Ihre Tochter/Ihr Sohn allein zur J1 gehen möchte, um sich mit dem Arzt über Fragen und Sorgen auszutauschen. **Ein Gespräch mit einer Vertrauensperson außerhalb des Familien- und Freundeskreises kann sehr wichtig sein.** Der Arzt unterliegt bei diesem Gespräch der Schweigepflicht.

Sie selbst haben natürlich auch die Möglichkeit sich mit dem Arzt zu unterhalten und die aus dem Untersuchungsergebnis resultierenden Maßnahmen vielleicht auch gemeinsam mit Ihrer Tochter/Ihrem Sohn zu besprechen.

J1 - Fragebogen für die Jugendlichen

Name der/des

Jugendlichen: _____ Geburtsdatum: _____

Herzlich willkommen zur Jugenduntersuchung J1!

Du hast dich zur Jugend-Gesundheitsuntersuchung angemeldet. Diese macht Sinn, weil Du nun kein Kind mehr bist und die Kinderuntersuchungen von damals nicht mehr aktuell sind. Wir werden zusammen sehen, ob Deine gesamte Entwicklung in normalen Bahnen läuft. Da du dich selber, deinen Körper, deine Psyche, deine Familie viel besser kennst als wir, möchten wir dich bitten, uns die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Wenn du irgendwelche Fragen nicht beantworten, sondern persönlich stellen möchtest, lasse diese aus oder streiche sie durch. Du solltest auch wissen, dass wir diese Angaben auch deinen Eltern gegenüber erst einmal streng vertraulich behandeln.

Schule

Welche Schule besuchst du? _____

Bist du mit der Schule / den Lehrern / deinen Leistungen zufrieden? Ja Nein Geht so

Fühlst du dich in der Schule und in deiner Klasse wohl? Ja Nein Geht so

Gibt es Probleme in der Schule? Nein Ja, welche? _____

Familie und Freunde

Kommst du gut klar mit:

- deinen Eltern? Ja Nein Geht so - deinen Geschwistern? Ja Nein Geht so

Kannst du mit deinen Eltern über Probleme reden? Ja Nein Geht so

Hast du Freunde in deinem Alter? Ja Nein

Kannst du mit deinen Freunden über Probleme reden? Ja Nein

Gesundheit

Fühlst du dich gesund? Ja Nein Geht so

Wenn nein, warum geht es dir nicht gut? _____

Hast du in der letzten Zeit körperliche Beschwerden? Ja, welche? _____ Nein

Nimmst du regelmäßig Medikamente ein? Ja, welche? _____ Nein

Sind Erkrankungen oder Allergien bei dir bekannt? Ja Nein

Wenn ja welche? _____

Hast du Ängste? Ja, welche? _____ Nein

Hast du Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen? Ja Nein

Gibt es Probleme mit der Ernährung? Ja, welche? _____ Nein

Name des Jugendlichen: _____

Hast du besondere Essgewohnheiten, z.B. vegetarische Kost usw.? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Hast du Pubertätsprobleme? Ja, welche? _____ Nein

Bei Mädchen

Hattest du schon deine erste Regelblutung, wenn ja in welchem Jahr? _____

Wann kommt deine Blutung? regelmäßig unregelmäßig

Wann war deine letzte Blutung? _____

Hast du Sexualprobleme? Ja, welche? _____ Nein

Bei Jungen

Hattest du deinen Stimmbruch? Ja, wann? _____ Nein

Hast du Sexualprobleme? Ja, welche? _____ Nein

Deine Einschätzung

Bist du eher: fröhlich traurig ruhig ausgelassen aggressiv

Wie zufrieden bist du mit deinem Leben? zufrieden geht so unzufrieden

Deine Einschätzung zu Suchtmitteln (falls du etwas dazu sagen möchtest)

Hast du schon Erfahrungen mit Drogen? Nein Ja mit Zigaretten Alkohol

andere Drogen, und zwar _____

Weißt du, wie man mit Suchtmitteln umgeht? Ja Nein, Fragen/Kommentar:

Womit verbringst du den größten Teil deiner Freizeit?

Hobbys Welche? _____

Freunde Familie Computer spielen/Chatten Wenn ja Wie lange täglich? _____

Fernsehen Wenn ja, wie lange täglich? _____ Rumhängen, Chillen Anderes

Betreibst du neben dem Schulsport Sport? Ja, welchen? _____ Nein

Wie oft machst du in der Woche Sport? _____

Wie zufrieden bist du mit deiner körperlichen Entwicklung, deiner Größe, deinem Gewicht?

zufrieden geht so unzufrieden, warum? _____

Fragen an deine Ärztin

Markiere die Themen, über die du mit uns sprechen möchtest. (Das Gespräch unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht!)

Fragen zu deiner Gesundheit Fragen zur körperlichen Entwicklung, Pubertät, Aufklärung, Sexualität,

Fragen zu Medikamenten, Alkohol, Drogen, Rauchen, Suchtverhalten Ernährungsfragen, -tipps

Sorgen, Ängste, Stimmungsschwankungen, die dich belasten Probleme in der Schule, Mobbing

Probleme in der Familie und/oder Freundeskreis Fragen zu Impfungen

Mannheimer Jugendlichenfragebogen MJF (Günter Esser)

Name : _____ Geburtsdatum: _____

Ausgefüllt am: _____

Kreuze bitte an, ob die unten aufgeführten Probleme bei dir in den letzten 6 Monaten aufgetreten sind. Mache bitte nur ein Kreuz in jeder Zeile, setze die Kreuze nur auf die Kreise, nicht in die Zwischenräume und lass bitte keine Fragen aus. Solltest du zurzeit Medikamente erhalten, die dein Verhalten verändern, beantworte bitte die Fragen so, wie du dich verhältst, wenn du keine Medikamente einnimmst.

Ich . . .	Stimmt nicht	stimmt
1. habe Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. musste wegen Kopfschmerzen zum Arzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. leide unter asthmatischen Beschwerden oder einer chronischen Bronchitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. mache mir viele Sorgen über meine Gesundheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. habe manchmal nervöse Zuckungen (z.B. Blinzeln-, Zwickeln-, Räuspertic)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. kann schlecht einschlafen (d.h. liege mehr als 1 Stunde wach)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. wache häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen (liegen mindestens eine Stunde wach)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. muss bei starker Aufregung stottern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. habe mehr als einmal im letzten halben Jahr ins Bett gemacht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. habe mehr als einmal im letzten halben Jahr eingekotet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. habe meistens nur wenig Appetit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. bin sehr wählerisch beim Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. habe ständig Angst, dick zu werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. habe aufgrund meines Essverhaltens mind. 7 kg abgenommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. habe mindestens 10 kg Übergewicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. werde manchmal wegen meines Übergewichtes geärgert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. habe mit meinen Eltern oft Streit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. mache, was ich will, auch wenn meine Eltern anderer Ansicht sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. wurde wegen meines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, einem Ausflug oder Landheimaufenthalt ausgeschlossen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. schwänze manchmal die Schule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. habe starke Angst davor, zur Schule zu gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. streite mich fast jeden Tag mit meinen Geschwistern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 23. Dabei kommt es auch zu ernsthaften Verletzungen, Quälereien oder Drohungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. werde von anderen Jugendlichen häufig geärgert. Gehänselt, geprügelt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. habe Angst vor anderen Jugendlichen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. habe überhaupt keinen Kontakt zu anderen Jugendlichen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27. prügle mich manchmal mit anderen Kindern oder Jugendlichen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. wechsele häufig meine Freunde | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 29. bin in der Schule leicht ablenkbar und unkonzentriert | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30. bin bei den Hausaufgaben sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31. bin bei regelspielen (Karten-, Brettspielen) sehr ablenkbar und unkonzentriert | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 32. bin in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 33. bin bei den Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 34. bin bei regelspielen (Karten-, Brettspielen) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 35. bin im Straßenverkehr oft unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 36. bin beim Spielen oft vorschnell, unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 37. bin beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause oft sehr unüberlegt und vorschnell | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 38. habe fast täglich einen Wutanfall | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 39. bin ängstlich, mache mir viele Sorgen über zukünftige Ereignisse Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 40. werde dann manchmal vor lauter Aufregung „krank“ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 41. habe panische Angst vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 42. habe panische Angst allein zuhause zu bleiben | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 43. habe panische Angst vor fremden Menschen (z.B. bei einer Einladung) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 44. habe panische Angst vor Blitz, Donner oder Dunkelheit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 45. habe panische Angst vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 46. bin schon fast übertrieben ordentlich | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 47. wasche mir oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 48. kontrolliere bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach (z.B. dass Türen oder Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 49. kaue oder reiße so stark die Fingernägel, dass es häufiger zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise frei liegt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 50. bin mindestens einmal pro Woche für mindestens 3 Stunden traurig oder niedergeschlagen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

-
- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 51. Diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 52. bin nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn ich traurig bin | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 53. war schon einmal mindestens 2 Wochen am Stück traurig oder niedergeschlagen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 54. habe schon einmal ernsthaft daran gedacht, mich umzubringen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 55. rauche mindestens 1 Schachtel Zigaretten pro Woche | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 56. trinke mehrmals pro Woche Alkohol | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 57. bin mehrmals pro Monat angetrunken | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 58. habe zuhause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolles (Wert über 30€) gestohlen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 59. habe schon mindestens 5x wertvollere Dinge entwendet | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 60. habe schon einmal mit Absicht Dinge, die mir nicht gehören, zerstört oder beschädigt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 61. Dabei ist ein Schaden von mindestens 30€ entstanden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 62. bin schon von zu Hause weggelaufen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 63. habe folgende, oben nicht genannte Probleme: | | |
-