



Name des Jugendlichen : _____ Geburtsdatum: _____

J1

Diese Fragen beantworten deine Eltern

Heute klagen viele der 13-15-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. 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 Eltern verstorben ja nein

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

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

Gibt es häufig Anlass zu Auseinandersetzung? ja nein Anmerkung: _____

Wie schätzen Sie das Vertrauensverhältnis zu Ihrer Tochter/Ihrem Sohn ein? _____ (Skala von 1 -6 = 1gut, 6schlecht)

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? ja nein Folgende: _____

Wurden bei Ihrem Kind alle erforderlichen Impfungen durchgeführt? 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: _____

Schwierigkeit beim Lernen? ja nein Kommentar: _____

Schlafstörung? ja nein Kommentar: _____

Essstörung, Gewichtsprobleme? ja nein Kommentar: _____

Angstzustände? ja nein Kommentar: _____

Seh- und/oder Hörbehinderung? ja nein Kommentar: _____

Probleme mit Suchtmitteln? ja nein Kommentar: _____



Dr. med
Michael Harre
Kinder- und Jugendärzt
Brauhausstraße 5 • 36100 Petersberg

Allgemeine Entwicklung

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn besondere Talente/Interessen? ja nein Folgende: _____

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn Hobbys? ja nein Folgende: _____

Ist Ihre Tochter sportlich aktiv? ja nein Folgende: _____

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn gleichaltrige Freunde? ja nein

Sind Sie mit der Entwicklung Ihrer Tochter/Ihres Sohnes zufrieden? _____ (Skala 1-6)

Sind Sie mit dem schulischen Werdegang Ihrer Tochter/Ihres Sohnes zufrieden? _____ (Skala 1-6)

Welche Fragen würden Sie gerne mit uns besprechen?
