

Patientenfragebogen zur Jugendvorsorgeuntersuchung J1

Liebe(r) _____ am _____ um _____ Uhr hast Du einen Termin zur **Vorsorgeuntersuchung J1** bei uns.

Die Jugenduntersuchung J1 ist eine große Vorsorgeuntersuchung, viele von Euch hatten die letzte Untersuchung dieser Art mit 5 Jahren. Ich freue mich, daß Du die Gelegenheit zu einem gründlichen „Gesundheits-Check“ wahrnehmen willst. Gerade in Deinem Alter fallen immer wieder Fragen und Probleme an, die bei den „Kindervorsorgen“ noch keine Rolle gespielt haben. Du selbst, was Dich interessiert oder Dir Sorgen bereitet, wird den Ablauf dieser Untersuchung entscheidend beeinflussen. Daher haben wir zwei Fragebögen vorbereitet – einen für Dich und einen für Deine Mutter/Deinen Vater, um möglichst allen Fragen in der uns zur Verfügung stehenden Zeit (ca. 30 Min.) gerecht werden zu können. Einige Fragen tauchen auf beiden Bögen auf – bei diesen Fragen interessiert mich besonders, wie Du die Situation einschätzt. In vielen Familien sehen die Jugendlichen und die Eltern Dinge unterschiedlich und beide Standpunkte sind für die Beratung wichtig! Also: Falls Ihr miteinander die Fragebögen ausfüllt: Es muss nicht das Gleiche draufstehen ☺ ... und wenn ich einen Hinweis erhalte, „plaudere“ ich auch nicht aus, was Du „nur für mich“ aufgeschrieben hast!

Zum praktischen Ablauf: Erst wirst Du „vermessen“ (Länge, Gewicht, Blutdruck), dann testet die Helferin dein Hör- und Sehvermögen und bittet Dich, eine Urinprobe abzugeben, anschließend kommst Du zu mir. Ich führe gern zunächst ein Gespräch mit Dir und Deinen Eltern, wobei ich auch den Impfstatus überprüfe (Impfausweis nicht vergessen!). Du bist jetzt alt genug, fast erwachsen, sodaß ich bei der körperlichen Untersuchung die Eltern bitte, den Raum zu verlassen. Da haben wir dann auch Gelegenheit, Dinge zu besprechen, die Du lieber mit mir alleine bereden möchtest!

Anschließend besprechen wir zusammen das Wichtigste mit Deinen Eltern.

Schule und Freizeit:

Hast Du eine beste Freundin / einen besten Freund, mit der/dem Du alles bereden kannst? ja nein
Hast Du Hobbies außerhalb der Schule (Musik, Kunst, Sport)? wenn ja, welche? _____ ja nein

Wie lange liest Du am Tag Bücher oder Zeitung/Zeitschriften? gar nicht weniger als ½ Stunde
 ½ -2 Stunden mehr als 2 Stunden

Wie lange schaust Du fernsehen am Tag oder beschäftigst Dich am Computer? gar nicht weniger als ½ Stunde
 1-3 Stunden mehr als 3 Stunden

Kommst Du in der Schule gut zurecht? ja nein

Welche Schule besuchst Du? _____ Klasse, Förderschule Hauptschule Realschule Gymnasium
 Gesamtschule Waldorfschule andere: _____

Welche Fächer machen Dir besonders Spaß? _____

Welche Fächer bereiten Dir Schwierigkeiten? _____

Gibt es Probleme mit Lehrern? Wenn ja, welche? _____ nein ja

Gibt es Probleme mit Mitschülern? Wenn ja, welche? _____ nein ja

Gibt es andere Probleme? (Alkohol?, Drogen?, Gewalt?) nein ja

Wenn ja, welche? _____

Hast Du Probleme, Dich in einer Gruppe Gleichaltriger durchzusetzen? nein ja

Hast Du oft Streit mit anderen? Wenn ja, mit wem? _____ nein ja

Gibt es Dinge, vor denen Du Angst hast? Wenn ja, wovor? _____ nein ja

Hast Du Probleme, Dich zu konzentrieren? nein ja

Hast Du Probleme beim Sport? (Ballspielen, Radfahren, Klettern, Schwimmen), fällt Dir der Schulsport schwerer, als anderen? nein ja

Hast Du Probleme beim Schreiben/Basteln? Verkrampft sich Deine Hand? nein ja

Fühlst Du Dich oft niedergeschlagen, unverstanden und alleine) nein ja

Ernährung und Gesundheit:

Hast Du immer guten Appetit? ja nein

ißt Du bestimmte Dinge gar nicht (Fleisch, Milch etc.)? Wenn ja, was? _____ nein ja

Hast Du Probleme mit Wasserlassen oder Stuhlgang (Verstopfung, Bettnässen etc.) nein ja
Wenn ja, welche) _____

Hast Du ständige oder immer wiederkehrende Beschwerden oder Schmerzen? nein ja
Wenn ja, welche? _____

Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____ nein ja

Warst Du in der letzten Zeit bei Spezialärzten (Augenarzt, HNO Arzt, Orthopäde etc.)? nein ja
Wenn ja, bei welchen) _____

Hattest Du in letzter Zeit eine schwere Erkrankung oder einen schwereren Unfall? nein ja
Wenn ja, was? _____

Rauchst Du? Wenn ja, wie viel? _____ Zig/Tag nein ja

Nimmst Du gelegentlich Drogen? nein ja
Wenn ja, was _____ wie oft? _____ Mal pro Woche

Hören und Sehen:

Hast Du Probleme, im Fernsehen etwas zu erkennen, wenn Du nicht ganz nah ran gehst? nein ja

Hast Du Probleme, an der Tafel zu lesen? nein ja

Hast Du nach der Schule, bei langen Lesen oder beim Fernsehen oft Kopfschmerzen? nein ja

Hast Du Probleme leise Gesprochenes zu verstehen? nein ja

Mußt Du Radio oder Fernseher lauter stellen, um überhaupt etwas zu verstehen? nein ja

Hast Du oft Probleme Lehrer akustisch (Lautstärke) zu verstehen nein ja

Hast Du mehr Probleme als andere, in lauter Umgebung zu Hören? nein ja

Pubertätsentwicklung:

Leidest Du unter „Akne“ (Pubertätspickel)? nein ja

Wenn ja, möchtest Du, das wir gemeinsam etwas dagegen unternehmen? nein ja

Habt Ihr in der Schule schon über sexuell übertragbare Krankheiten gesprochen? ja nein

Habt Ihr in der Schule schon über Verhütung gesprochen? ja nein

Gibt es etwas, was Du im Zusammenhang mit der Pubertät, Verhütung und sexuell übertragbare Erkrankungen mit mir besprechen möchtest? ja nein

Wenn ja, was? _____

Für Mädchen:

Hattest Du schon Deine erste Regelblutung? Wenn ja, wann? _____ ja nein

.. Wenn ja, führst Du einen Regelkalender? ja nein

.. Wenn ja, hast Du Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung? _____ ja nein

.. Wenn ja, kommen die Blutungen regelmäßig? Alle _____ Wochen ja nein

Für Jungen:

Merkst Du bereits gelegentlich, daß Deine Stimme tiefer wird („Stimmbruch“)? ja nein

Rasierst Du Dich schon gelegentlich? ja nein

Gibt es denn **Fragen**, die Du gern mit mir besprechen möchtest? ja nein

Wenn ja, was? _____
