

J1 Elternfragebogen

Name: _____ geb. _____ Alter: _____ Datum: _____



Schillerstr. 24
 02763 Zittau
 Tel: 03583/700290
 Fax: 03583/794850

Liebe Eltern, dieser Fragebogen soll Ihnen die Vorbereitung auf die anstehende Vorsorgeuntersuchung bei Ihrem Kind erleichtern und uns wichtige Informationen für die Untersuchung bringen.

Gibt es in der Familie jemanden mit:	ja	nein	wer/was?
- einem Herzinfarkt/Schlaganfall im Alter von unter 40 Jahren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
- einer Fettstoffwechselerkrankung (z.B. Hypercholesterinämie)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
- einer Krebserkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
War ihr Kind in den letzten vier Jahren (seit der U11) einmal wegen einer ernsthaften Erkrankung im Krankenhaus oder ernsthaft krank?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Leidet ihr Kind an einer chronischen Erkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Bestehen Allergien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Leidet ihr Kind an Kreislaufproblemen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Klagt ihr Kind wiederholt			
- über Luftnot?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
- über Schmerzen unklarer Ursache?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
- sonstige Beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Ist ihr Kind bei einem weiteren Arzt in Behandlung? (z.B. Orthopäde/Hautarzt/Gynäkologe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Hatte es bisher keine Windpocken und ist auch nicht dagegen geimpft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hatte es bisher keine Röteln und ist auch nicht dagegen geimpft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bei Mädchen: Hat die erste Monatsregel schon eingesetzt? Wann: _____, Zyklus ist: regelmäßig / unregelmäßig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bei Jungen: Ist der Stimmbruch schon eingetreten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV) bisher nicht erfolgt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Welche Schule besucht ihr Kind? _____ Welche Klasse? _____			
Geht es nur ungerne in die Schule?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Gibt es Schwierigkeiten in der Schule? mit den Noten <input type="radio"/> / mit Mitschülern <input type="radio"/> / mit Lehrern <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Hat sich die Zusammensetzung Ihrer Familie verändert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Gibt es große Sorgen in der Familie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Mein Kind geht in einen Sportverein / treibt regelmäßig Sport.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Mein Kind spielt ein Instrument/singt im Chor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Mein Kind hat betreibt regelmäßig folgendes Hobby:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Mein Kind verbringt seine Freizeit oft mit Freunden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Bildschirmzeit (Fernseher, tablet, etc.) pro Tag: weniger als 1 Stunde <input type="radio"/> / 1-3 Stunden <input type="radio"/> / > 3 Stunden <input type="radio"/>			
Wie viele Stunden ist Ihr Kind pro Tag körperlich aktiv: < 1 Stunde <input type="radio"/> / 1-3 St. <input type="radio"/> / > 3 St. <input type="radio"/>			

Die nun folgenden Fragen beziehen sich auf den Zeitraum der letzten 6 Monate. Fragen, die Sie nicht verstehen, oder nicht beantworten können, kennzeichnen Sie bitte mit einem Fragezeichen, damit wir diese dann gemeinsam klären können.

Mein Kind... stimmt stimmt nicht

hat Sorgen wegen seiner Körpergröße, zu klein, zu groß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat zu viel / zu wenig Appetit oder ist extrem wählerisch beim Essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat viel mehr / viel weniger Gewicht als andere Kinder in dem Alter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat ständig Angst, zu dick zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schläft schlecht oder häufig nicht in seinem Bett.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J1 Elternfragebogen

Name: _____ geb. _____ Alter: _____ Datum: _____



Mein Kind...

stimmt stimmt nicht

hat mindestens zweimal im letzten halben Jahr ins Bett oder die Hose eingenässt.		
hat im letzten halben Jahr mindestens einmal eingekotet.		
hat manchmal nervöse Zuckungen (z.B. Blinzel-, Zwinker-, Räuspertic).		
Kaut/reißt an Fingernägeln, dass es zu blutigen Verletzungen kommt.		
ist mindestens einmal pro Woche für mindestens drei Stunden traurig.		
diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis.		
hat schon einmal ernsthaft gesagt, dass es sich umbringen will.		
kontrolliert bestimmte Dinge mehrmals hintereinander, innerhalb weniger Minuten nach (z. B. ob Türen, Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist).		
ist überängstlich, macht sich viele Sorgen, wird manchmal vor Aufregung „krank“.		
hat panische Angst z.B. vor Tieren, Gewitter, Dunkelheit, anderen Menschen, ...		
weigert sich, tagsüber bei Freunden oder Verwandten zu bleiben.		
wird häufig geärgert, gehänselt, verprügelt oder hat Angst vor anderen Kindern.		
ist aufsässiger und ungehorsamer als andere Kinder seines Alters.		
streitet sich oft mit den Eltern.		
wurde wegen seines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, einem Ausflug oder Klassenfahrt ausgeschlossen.		
hat keine Freunde, mit denen wichtige Dinge besprochen werden.		
hat schon einmal mit Absicht Dinge zerstört.		
macht uns Sorgen, weil es oft lügt.		
ist schon von zu Hause weggelaufen.		
prügelt sich häufig mit anderen Kindern.		
hat Angst in die Schule zu gehen oder schwänzt manchmal die Schule.		
leidet unter Lese-Rechtschreibschwäche oder Rechenschwäche.		
hat andere Schulleistungsprobleme.		
wäre in einer anderen Schule besser aufgehoben.		
ist leicht ablenkbar und unkonzentriert.		
○ in der Schule		
○ bei den Hausaufgaben		
ist sehr unruhig, zappelig kann nicht stillsitzen.		
○ in der Schule		
○ bei den Hausaufgaben		
ist sehr unüberlegt und vorschnell beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause.		
ist sehr unüberlegt, vorschnell, unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten im Straßenverkehr.		
raucht.		
trinkt Alkohol.		

Darüber hinaus machen uns bzw. mir folgende Probleme Sorgen:
