



Fragebogen zur Jugendgesundheitsuntersuchung J1

Fragen an die Eltern

Liebe Eltern von _____, (Name der / des Jugendlichen)

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 geben. Bitte geben Sie den Bogen ihrem Kind zur Untersuchung mit.

Gesundheitsstörungen

Leidet oder litt Ihr Kind oder ein anderes Familienmitglied (welches?) an einer der folgenden Störungen/ Erkrankungen:

Kind	Familie (wer?)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Allergie, Asthma, Heuschnupfen, Ekzem, Atemnot in Ruhe / bei Belastung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Schmerzen (z.B. Kopf (Migräne), Bauch, Rücken, Hüfte, Knie); wenn ja, wo: _____?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	tägl., 1xWoche, 1x/Monat, tags, nachts, nach Belastung?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Herzinfarkte, Kreislauf oder Fettstoffwechselstörungen (Cholesterin)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Gehäufte oder länger dauernde Infektionen, chronische Krankheiten?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Seh- oder Hörbehinderungen, Schielen?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Bluthochdruck, Nierenkrankheiten, Schilddrüsenerkrankungen?
<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.a.?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Mussten Therapien durchgeführt werden (Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie, Psychotherapie o.a.)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Hat Ihr Kind seit der letzten Vorsorgeuntersuchung schwere oder entwicklungsgefährdende Krankheiten oder Operationen durchgemacht? Welche?

Sind Ihnen bei Ihrem Kind aufgefallen:

- _____ Störungen der seelischen Entwicklung / Verhaltensauffälligkeiten?
- _____ Ist Ihr Kind tags und/oder nachts noch nicht sauber (Stuhl und/oder Urin)?
- _____ Bestehen ausgeprägte Ein- oder Durchschlafstörungen?
- _____ Gibt es Probleme mit dem Essen (zu wenig, zu viel)?
- _____ Hat Ihr Kind häufig Streitereien, die Ihnen Sorgen bereiten, mit Kindern oder Erwachsenen?
- _____ Ist es zu aggressiv? Hat es starke Stimmungsschwankungen?
- _____ Hat Ihr Kind besonders viel Angst? Wann, wovor, vor wem?
- _____ Gibt es emotionale Störungen (z.B.: Depressionen, ausgeprägtes Traurigsein) ?
- _____ Spielt / kooperiert Ihr Kind nicht / nur ungern mit Gleichaltrigen?
- _____ Ist Ihr Kind nicht in einer Gruppe Gleichaltriger integriert?
- _____ Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren, ist es motorisch überaktiv oder ungeschickt?
- _____ Fehlt Ihrem Kind beim Lernen/ Spielen Ausdauer, Aufmerksamkeit und/oder
Konzentration?
- _____ Erhält Ihr Kind regelmäßig Jodtabletten oder Schilddrüsen-Hormone?

Familienumfeld

Beruf der Mutter _____ Beruf des Vaters _____

- Scheidung Alleinerziehend
 Mutter Raucherin Vater Raucher
 Kein eigenes Zimmer

Gesundheitsverhalten

- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein (auch welche, die nicht verordnet wurden)?
 Raucht es? Trinkt 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, körperliche, geistige, psychische und sexuelle Reife, seelische/ emotionale Ausgeglichenheit, anderes)? Wenn ja, was genau? _____

Bitte bringen Sie alle (gerne auch Ihre eigenen) Impfunterlagen/ Impfpässe zur Untersuchung mit! Gerne informiere ich Sie zu wichtigen Impfungen für Jugendliche (z.B.: Tetanus, Diphtherie, Polio, Keuchhusten, Windpocken, Meningitis, Hepatitis B, Reisimpfungen usw.)

Fragen an die/ den Jugendlichen

Liebe(r) _____,

hier bitte ich Dich um einige Auskünfte über Dich und Deine Gesundheit. Deine Angaben interessieren mich sehr. Sie werden uns bei der Jugendgesundheitsuntersuchung eine große Hilfe sein!

Leidest Du häufig/ gelegentlich unter Beschwerden wie:

- () Kopfschmerzen____, Müdigkeit____, Abgeschlagenheit____, Konzentrationsstörungen____, Schwindel____, Bauchschmerzen____, Rücken-/Gelenkbeschwerden____, andere Beschwerden____?
- () Fühlst Du Dich anhaltend krank?
- () Hast Du Schwierigkeiten z.B. beim Ballspielen, Laufen, Radfahren, Klettern, Schwimmen oder beim Turnunterricht?
- () Hast Du Schwierigkeiten beim Öffnen von Knoten oder beim Eindrehen von Schrauben?
- () Hast Du Schwierigkeiten beim Schreiben mit Arm oder Hand (Schmerzen, Krämpfe, Undeutlichkeit)?
- () Gibt es Probleme beim Lernen (z.B. Auswendigbehalten, Konzentration, Lesen, Rechnen, Schreiben, Anderes)?

Welche Schule besuchst Du?

Hauptschule Realschule Gymnasium Andere

Klasse_____, Durchschnittsnote_____.

() Versetzung gefährdet?

Deine Lieblingsfächer_____.

Deine Problemfächer_____.

- () Gibt es Probleme mit Deinen Schulleistungen?
- () Fühlst Du Dich in Deiner Schulklasse nicht wohl?
- () Kannst Du Dich nicht an Regeln halten? Wirst Du häufig ermahnt / bestraft?
- () Hast Du keine gleichaltrigen Freunde?
- () Gibst Du Dich zu Hause anders als in der Schule? Gibt es Probleme mit Deiner Familie?
- () Hast Du manchmal Hungerattacken und fällst über den Kühlschrank her? Hast Du nach dem Essen das Bedürfnis Dich zu übergeben? Übergibst Du Dich nach dem Essen?
- () Musst Du häufig die Augen zusammenkneifen? Wiederholst Du bestimmte Bewegungen (z.B. Schulterzucken) besonders häufig? Oder hat Dir das jemand schon einmal gesagt?
- () Wäschst Du Dir besonders häufig die Hände? Oder machst Du andere Dinge besonders häufig, so dass Dich dies im Alltag behindert?
- () Ist Deine Stimmung fast nie fröhlich und ausgeglichen, bist Du oft traurig oder niedergeschlagen?
- () Hast Du keine schulische und außerschulische Erfolge, geht bei Dir viel schief, klappt nix?
- () Widmest Du Dich gestellten Aufgaben nie intensiv und ehrgeizig sondern nur lustlos und unmotiviert?
- () Hast Du vor etwas besondere Angst (in der Schule, zu Hause, in Deiner Freizeit)?
- () Hast Du starke Stimmungsschwankungen? Bist Du oft/ anhaltend traurig?

- () Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein? Welche? _____
- () Nimmst Du regelmäßig Schilddrüsenmedikamente oder Jodtabletten ein?
- () Rauchst Du?
- () Trinkst Du Alkohol?
- () Hast Du Erfahrungen mit Drogen?

- () Treibst Du Sport? Im Verein_____, Freizeit_____, Sportart_____
- Was machst Du sonst gerne in Deiner Freizeit? _____
- Jugendtreffs_____, Vereine_____, Anderes_____
- Welche Hobbys hast Du? _____

Wie sind Deine Fernsehgewohnheiten ? (____Stunden pro Tag),

Wieviel zeit verbringst Du mit MP3-Player/Musikhören (____Stunden pro Tag)

Liest Du? Bücher_____, Zeitschriften_____, Comics_____

- () Gibt es Probleme mit der Ernährung (zu wenig, zu viel)?
- () Macht Dir Dein Gewicht Sorgen(zu wenig, zu viel)?
- () Hast Du schon einmal eine Diät gemacht? Warum? Erfolg?
- () Hast Du besondere Essgewohnheiten (z.B. vegetarische Kost, andere)?

Pubertätsentwicklung

Für Mädchen:

Erste Regelblutung mit _____ Jahren.
Blutung regelmäßig / Unregelmäßig? Letzte Blutung am _____

Für Jungen:

Stimmbruch ()

- () Hast Du Fragen zu den wichtigen Impfungen bei Jugendlichen (z.B. Tetanus, Diphtherie, Polio, Keuchhusten, Windpocken, Meningitis, Hepatitis B, Reiseimpfungen usw.)?
 - () Welche weiteren Fragen würdest Du gerne mit mir besprechen?
-
-

Vielen Dank, dass Du Dich so intensiv mit diesen Fragen beschäftigt hast! Bitte bringe diesen Bogen und Deinen Impfpass zum Untersuchungstermin mit, dies wird bei der J1 eine große Hilfe sein.