

**Ein paar alte und viele neue Fragen –  
Sie entscheiden, was Sie beantworten wollen.**

Name des Jugendlichen:

Geburtsdatum:

**Gab es seit dem Paed.Check® 9.0 (U11) bei Ihrem Jugendlichen:** Nein  Ja

**Ernste Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte, Operationen?**

**Welche?**

**Schwere oder häufige Infekte?**

**Allergien?**

**Probleme mit dem Hören?**

**Probleme mit dem Sehen?**

**Welche Schule besucht sie/er?**

**Welche Klasse?**

**Gibt es in der Schule Probleme?**

**Bewegt sie/er sich täglich mehr als eine Stunde (einschließlich Schulweg etc.)?**

**Mehr als drei Stunden?**

**Nutzt Ihr Kind TV/PC/Tablet/Smartphone täglich mehr als eine Stunde?**

**Mehr als drei Stunden?**

**Mehr als sechs Stunden?**

**Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Jugendlichen insgesamt zufrieden?**

**Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?**

**Welche?**

**Verwenden Sie im Haushalt Salz mit Jod?  Mit Fluorid?  Mit Folsäure?**

**Gibt es besondere Belastungen in Ihrer Familie?**

**Wenn ja: welche?**

**Gibt es in der Familie Cholesterinprobleme? Herzinfarkte unter 50 Jahren?**