

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?

Diese Seite kann in der Praxis des Kinder- und Jugendarztes bleiben.

Ausgefüllt von Mutter Vater oder _____ am _____ (Datum)