

Elternfragebogen Jugendgesundheitsuntersuchung

Liebe Eltern!

Wie bei allen bisherigen Vorsorgeuntersuchungen sollen Entwicklungsstörungen und Krankheiten rechtzeitig erkannt werden.

Ihr Kind befindet sich in einer Zeit der körperlichen und seelischen Veränderung. Wir wollen Ihnen deshalb auch die Möglichkeit zum Gespräch über Probleme im Alltag geben.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, damit ich mir ein besseres Gesamtbild von Ihrem Kind machen kann.

➤ Familienvorgeschichte: Gibt es in der Familie ?

Bitte ankreuzen:	Ja	Wer?
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkte	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfette (Cholesterin)	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>
Gicht	<input type="checkbox"/>
Schildrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>
Andere Erkrankungen? Welche?	<input type="checkbox"/>

Jodsalz Jod und Fluorsalz

➤ Welches Salz benutzen Sie zum Kochen ?

➤ Vorgeschichte des Kindes

	Ja	wann etwa	Nein	Weiß nicht
Hatte Ihr Kind Windpocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ja

Einnahme von Medikamenten

Allergien/Heuschnupfen/Asthma

Hinweise für Hör oder Sehstörungen

Kreislaufprobleme

Schmerzen

z.B. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, Gelenkbeschwerden

Behandlung bei anderen Ärzten

z.B. Augenarzt, Hautarzt, Orthopäde, HNO, Zahnarzt, Psychologe

➤ Pubertätsentwicklung

Mädchen: Erste Regelblutung ja wann noch nicht

➤ Schule

Klasse auf welcher Schule..... Schulart.....

Schulprobleme?.....

➤ Freizeit

Hobbys/Interessen.....

Sport.....

Freunde?.....

Computer/ Internet Stunden: am Tag am Wochenende pro Tag.....

Smartphone Stunden: am Tag am Wochenende pro Tag.....

➤ Was beschäftigt Sie im Zusammenhang mit der Entwicklung Ihres Kindes?

Bitte ankreuzen !	ja/möglich	nein/ eher nicht
Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
körperliche Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontaktschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit: " null Bock"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogen oder Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
besondere Belastungen in der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ Familiäre Situation:

Liegt eine besondere familiäre Situation vor?

Eltern getrennt? ja nein

Elternteil verstorben? ja nein

Elternteil alleinerziehend? Kind lebt bei
 Ja Nein

Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer? ja nein

Gibt es häufig Anlass zu Auseinandersetzungen?

nein ja Anlass:

Wie schätzen Sie das Vertrauensverhältnis zu Ihrem Kind ein?

_____ (Skala 1-6; 1 = starkes Vertrauen, 6 = geringes Vertrauen)

➤ Weitere Fragen, die ich gerne besprochen hätte:

Vielen Dank für Ihre Antworten !

➤ Bitte den Impfausweis nicht vergessen !

