

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

☐

.....

Herzinfarkte

☐

.....

Erhöhte Blutfette (Cholesterin)

☐

.....

Zuckerkrankheit

☐

.....

Gicht

☐

.....

Schilddrüsenerkrankungen

☐

.....

Allergien

☐

.....

Andere Erkrankungen? Welche?

☐

.....

Jodsalz

Jod und Fluorsalz

➤ Welches Salz benutzen Sie zum Kochen ?

☐
☐

➤ Vorgeschichte des Kindes

Ja

wann etwa

Nein

Weiß nicht

Hatte Ihr Kind Windpocken

☐

.....

☐
☐

Keuchhusten

☐

.....

☐
☐

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

	regelmäßig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> noch nicht
Jungen :	Stimmbruch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> noch nicht

➤ **Schule**

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

Schulprobleme ?.....

.....

➤ **Freizeit**

Hobbys/Interessen.....

.....

Sport.....

Freunde?.....

Fernsehen Stunden: am Tag am Wochenende pro Tag.....

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

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 !

