



J1 - Fragebogen für die Eltern

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Herzlich willkommen zur J1- Untersuchung Ihres Kindes

Die J1 – Untersuchung gehört zu der kostenlosen Vorsorgeuntersuchung für Ihr Kind im Alter von 12 – 15 Jahren. Sie sollen zeigen, ob die körperliche Entwicklung in der Pubertät normal verläuft. Zu dem wird auch die seelische Situation der Heranwachsenden beleuchtet. In der Pubertät beginnen die Jugendlichen meist, sich von den Eltern zu lösen.

Mit dem vorliegenden Fragenbogen können Sie die Vorbereitung auf die wichtige J1-Untersuchung erleichtern und uns wesentliche Informationen für diese Untersuchung geben.

Familie

Hat Ihr Kind Geschwister?	O Ja, wie viele? _____	O Nein
Liegt eine besondere familiäre Situation vor? Eltern getrennt?	O Ja	O Nein
Ist ein Elternteil verstorben?	O Ja	O Nein
Ist ein Elternteil alleinerziehend?	O Nein	O Ja, bei wem? _____
Hat Ihre Tochter/ Ihr Sohn ein eigenes Zimmer?	O Ja	O Nein
Gibt es häufig Anlass zu Auseinandersetzungen?	O Ja	O Nein
Wenn Ja, welcher Anlass? _____		
Wie schätzen Sie das Vertrauensverhältnis zu Ihrem Kind ein? _____	(Skala von 1-6; 1= starkes Vertrauen, 6= geringes Vertr.)	
Raucht jemand in der Familie?	O Nein	O Ja, wer? _____

Verhaltensauffälligkeiten

Bei der Sprache: O Nein O Ja, welche? _____

Bei der seelischen Entwicklung: O Nein O Ja, welche? _____

Im Umgang mit Anderen: O Nein O Ja, welche? _____

Schwierigkeiten in der Schule: O Nein O Ja, welche? _____

Störungen/ Schwierigkeiten beim Lernen, Konzentrationsstörung:
 O Nein O Ja, welche? _____

Schlafstörung: O Nein O Ja, welche? _____

Essstörung, Gewichtsprobleme: O Nein O Ja, welche? _____

Angstzustände: O Nein O Ja, welche? _____

Seh- und/ oder Hörbehinderung: O Nein O Ja, welche? _____

Probleme mit Suchtmitteln (Alkohol, Rauchen, Drogen)
 O Nein O Ja, welche? _____

Gesundheit der/ des Jugendlichen

Sind im Verlauf der Entwicklung Probleme aufgetreten? Nein
 Ja, welche? _____

Wann sind die Probleme aufgetreten? (nur ankreuzen, wenn oben mit Ja angekreuzt wurde)
 Kleinkindalter Kindergartenalter Schulzeit

Liegen bekannte Erkrankungen/ Behinderungen in der Familie vor? Nein
 Ja, welche? _____

Bei wem liegen bekannte Erkrankungen/ Behinderungen vor? (nur ankreuzen, wenn oben mit Ja angekreuzt wurde)
 Kind Eltern Geschwistern Großeltern

Gab es bei Ihrem Kind bisher Operationen? Nein Ja, welche? _____

Nimmt Ihre Tochter/ Ihr Sohn regelmäßige Medikamente ein? Nein
 Ja, welche? _____

Wurde bei Ihrem Kind alle erforderlichen Impfungen durchgeführt?
 Ja Nein nicht bekannt

Allgemeine Entwicklung

Hat Ihr Kind besondere Talente/ Interessen? Nein Ja, welche? _____

Hat Ihr Kind Hobbys? Nein Ja, welche? _____

Ist Ihr Kind sportlich aktiv? Nein Ja, was? _____

Hat Ihr gleichaltriges Freunde Nein Ja

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? _____ (Skala von 1-6; 1= sehr, 6= überhaupt nicht)

Sind Sie mit dem schulischen Werdegang Ihres Kindes zufrieden? _____ (Skala von 1-6; 1= sehr, 6= überhaupt nicht)

Welche Fragen würden Sie gerne mit uns besprechen?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! 😊