



## Elternfragebogen Jugenduntersuchung

Name, Vorname

Geburtsdatum

Dieser Fragebogen dient der Vorbereitung der letzten wichtigen Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes und soll uns wichtige Informationen geben. Weiterhin können Sie Ihre Fragen notieren, die dann am Untersuchungstermin besprochen werden.

Gibt die Entwicklung oder das Verhalten Ihres Kindes Anlass zur Sorge?

Ja ☐

Nein ☐

Wenn ja, welche?

Sind Sie mit dem schulischen Werdegang Ihres Kindes zufrieden?

Ja ☐

Nein ☐

Auf welche Schule geht Ihr Kind? Welche Klasse?

Welche Fächer bereiten besondere Freude?

Welche Fächer bereiten Schwierigkeiten?

Sonstige Probleme in der Schule?

Leidet oder litt Ihr Kind an folgenden Störungen oder Erkrankungen?

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| • Krampfanfälle   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Chronische Erkrankungen wie Ekzem, Asthma, Herzfehler?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Schmerzen?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Trägt Ihr Kind eine Brille?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Haben Sie den Eindruck, dass es Probleme mit dem Hören oder Sehen hat?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Gibt es in Ihrer Familie chronische Erkrankungen?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen <input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Asthma |                             |                               |
| • Wird in Ihrer Familie geraucht?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Ist Ihr Kind in der Schule integriert?

Ja ☐

Nein ☐

- |                                     |                             |                               |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| • Hält es sich an Regeln?           | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Hat es gleichaltrige FreundInnen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Gibt es Zwänge, Tics, Essstörungen?

Ja ☐

Nein ☐

Ist Ihr Kind Ihrer Meinung nach zu dünn oder zu dick?

Ja ☐

Nein ☐

Wie ist die Stimmung? ☐ fröhlich ☐ ausgeglichen ☐ schlecht gelaunt

Welche Interessen oder Hobbies hat Ihr Kind?

Fernsehgewohnheiten

Stunden täglich

Std. am Wochenende

Computer, Konsolen o.ä.

Stunden täglich

Std. am Wochenende

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Ja ☐

Nein ☐

Wenn ja, welche?

Kochen Sie mit Jodsalz?

Ja ☐

Nein ☐

Welche Fragen möchten Sie mit mir besprechen?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!



Für Kinder- und Jugendmedizin  
Schwerk - Mischeel

