

Fragebogen zur J1 für _____

Hier bitte ich Dich um einige Auskünfte über Dich und Deine Gesundheit. Deine Angaben werden uns bei der Jugendgesundheitsuntersuchung eine große Hilfe sein!

Gesundheitsstörungen

Leidest Du häufig / gelegentlich unter Beschwerden wie:

- | | nein | ja |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Müdigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Konzentrationsstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Schwindel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Rücken-/Gelenkbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Andere..... | | |
| • Störungen der Grobmotorik? (Schwierigkeiten beim Ballspiel, Laufen, Radfahren, Klettern, Schwimmen oder beim Turnunterricht) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Störungen der Feinmotorik? (Malst oder bastelst Du weniger gern und ausdauernd als Deine Altersgenossen? Bist Du ungeschickt bei Schreiben, beim Werken?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Störungen beim Lernen? (Auswendigbehalten, Konzentration, Lesen, Rechnen, Schreiben) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nimmst Du regelmäßig **Medikamente**

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Welche..... | | |
| • Jod-Prophylaxe, Schilddrüsenhormontherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gesundheitsverhalten – Hast Du Erfahrungen mit:

- | | | |
|-----------|--------------------------|--------------------------|
| • Nikotin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Alkohol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Drogen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ernährung

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Gibt es Probleme mit der Ernährung? Welche..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hast Du besondere Eßgewohnheiten, z. B. vegetarische Kost usw.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Schule

- | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|
| • Welche Schule besuchst Du? | | |
| • Hauptschule <input type="checkbox"/> | Realschule <input type="checkbox"/> | Gymnasium <input type="checkbox"/> |
| • Klasse..... | Durchschnittsnote..... | |
| • Lieblingsfächer..... | Problemfächer..... | |
| • Bist Du versetzungsgefährdet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Gibst Du Dich zu Hause anders als in der Schule? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leidest Du unter Eßstörungen, Tics oder Zwängen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hast Du vor etwas besondere Angst? (in der Schule, zu Hause, Freizeit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Fühlst Du Dich in Deiner Schulklasse wohl? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Kannst Du Dich leicht an Regeln halten? Bist Du großzügig hilfsbereit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hast Du gleichaltrige Freunde, (Deine „Bande“)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ist Deine Stimmung überwiegend fröhlich und ausgeglichen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hast Du genügend schulische und außerschulische Erfolge? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Widmest Du Dich gestellten Aufgaben intensiv, ehrgeizig, willig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Freizeit

- | | | | |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|----------------|
| • Treibst Du Sport? | Verein <input type="checkbox"/> | Freizeit <input type="checkbox"/> | sonstiges..... |
| • Welche Hobbys hast Du?..... | | | |
| • Fernsehgewohnheiten:Stunden/Tag;Stunden am Wochenende) | | | |
| • Computerspiele:Stunden/Tag | | | |
| • Walkman/MusikhörenStunden/Tag | | | |
| • Liest Du? Bücher..... | | | |
| • Zeitschriften..... Comics..... | | | |
| • Abendliche Beschäftigung: Jugendtreffs..... Vereine..... | | | |
| • Sonstige..... | | | |

Pubertätsentwicklung

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Erste Regelblutung mitJahren. | | |
| • Blutung regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig <input type="checkbox"/> | | |
| • Letzte Blutung..... | | |
| • Stimmbruch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sexualprobleme? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Welche Fragen möchtest Du gerne mit mir besprechen?

.....

Dorothea Seidel
 LANR 665061934
 FÄ Regine Stark
 (angestellte
 Fachärztin)
 LANR 992400934
 08228 Rodewisch
 Wernesgrüner Str. 1a
 Tel. 0 37 44-34 85 4
 Fax 0 37 44-43 77 37
 94/23 72300

Unsere Sprechzeiten

Montag
 7.30-12.00 Uhr
 14.00-18.00 Uhr

Dienstag
 7.30-12.00 Uhr
 13.00-17.00 Uhr

Mittwoch
 8.00-14.00 Uhr

Donnerstag
 7.30-12.00 Uhr
 14.00-18.00 Uhr

Freitag
 7.30-14.00 Uhr

Elternfragebogen zur J1 für _____

Gesundheitsstörungen

Leidet oder litt Ihr Kind oder ein Familienmitglied an einer der folgenden Störungen/Erkrankungen

- | | nein | ja |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Allergien, Asthma, Heuschnupfen, Ekzem, Atemnot in Ruhe/bei Belastung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Schmerzen (z.B. Kopf (Migräne), Bauch, Rücken, Hüfte, Knie):
Wenn ja – wo:.....? tägl., 1x/Woche, 1x/Monat, tags, nachts, n. Belastung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Herzinfarkte? Kreislauf- oder Fettstoffwechselstörungen (Cholesterin) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Gehäufte oder länger dauernde Infektionen? / Chronische Krankheiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Seh- oder Hörbehinderungen, Schielen?, Schilddrüsenerkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Bluthochdruck, Nierenkrankheiten, Übergewicht, Blutkrankheiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Krampfanfälle z. B. Fieberkrämpfe? Seelische Leiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Körperliche Behinderungen z. B. des Bewegungssystems | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Mußten Therapien durchgeführt werden (Logopädie, Ergo-/Physio-/Psychotherapie)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Gab es Probleme während der Schwangerschaft oder Geburt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Laufenlernen, Sprachentwicklung, Kindergartenbesuch mit Problemen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hat Ihr Kind seit der letzten Vorsorgeuntersuchung entwicklungsgefährdende Erkrankungen oder Operationen durchgemacht? Welche..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Störungen der seelischen Entwicklung / Verhaltensauffälligkeiten

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Ist Ihr Kind tags und nachts noch nicht sauber (Stuhl und Urin) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Bestehen ausgeprägte Ein- oder Durchschlafstörungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Gibt es häufig Streitereien mit anderen Kindern und Erwachsenen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ist es zu aggressiv? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hat Ihr Kind besonders viel Angst? Wann, wovor, vor wem?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Haben Sie emotionale Störungen (z. B. Depressionen) beobachtet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Spielt Ihr Kind nicht/nur ungern mit Gleichaltrigen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren, ist es motorisch überaktiv? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Fehlt Ihrem Kind beim Lernen/Spielen Ausdauer oder Aufmerksamkeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Impfschutz

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Ist der Impfschutz vollständig? (Bringen Sie bitte alle Impfunterlagen/Impfpässe mit!) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

Regelmäßige Medikamente

- | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Jod-Tabletten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Schilddrüsenhormone | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Schulische Entwicklung

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Macht Ihnen der schulische Werdegang Ihres Kindes Sorgen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sind Sie mit den schulischen Leistungen insgesamt nicht zufrieden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Schwierigkeiten mit Lehrern? Welche..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Andere Probleme in der Schule (z. B. Gewalt, Alkohol, Drogen, Hausaufgaben, Über/Unterforderung, Konzentration, motorische Unruhe, Verhalten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gesundheitsverhalten

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein, die nicht verordnet wurden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Nikotin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Alkohol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Drogen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Seelische Entwicklung / Verhalten

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Gibt Ihnen die Entwicklung oder das Verhalten Ihres Kindes Anlaß zur Sorge? (Familie, Ernährung, Freizeit, Stellung im Freundeskreis, Hobbys, körperlicher, geistiger, psychischer und sexueller Reifungsstand?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche..... | | |

Familienumfeld

- | | | | |
|--|---|----------------|---|
| Beruf der Mutter..... | Beruf des Vaters..... | | |
| Alleinerziehend ja <input type="checkbox"/> | Scheidung ja <input type="checkbox"/> | | |
| Mutter Raucherin ja <input type="checkbox"/> | Vater Raucher ja <input type="checkbox"/> | | |
| Wohnungsgrößem ² | Zimmerzahl..... | eigenes Zimmer | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |