

## Fragen an den/die Jugendliche(n)

Liebe.....,

..lieber.....,

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

● **LEIDEST DU HÄUFIG / GELEGENTLICH UNTER BESCHWERDEN WIE:**

Kopfschmerzen ..., Müdigkeit ..., Konzentrationsstörungen ..., Schwindel ..., Bauchschmerzen ..., Rücken-/Gelenksbeschwerden ..., andere ...,

- **Störungen der Grobmotorik?** ja   
Hast Du Schwierigkeiten z.B. beim Ballspielen, Laufen, Radfahren, Klettern, Schwimmen oder beim Turnunterricht? ja
- **Störungen der Feinmotorik?** ja   
Malst oder bastelst Du weniger gern und ausdauernd als Deine Altersgenossen? Bist Du ungeschickt beim Schreiben, beim Werken? ja
- **Störungen beim Lernen?** ja   
Auswendigbehalten, Konzentration, Lesen, Rechnen, Schreiben? ja

● **WELCHE SCHULE BESUCHST DU?** Hauptschule..... Realschule..... Gymnasium.....  
Klasse..... Durchschnittsnote..... versetzungsgefährdet? ja

Lieblingsfächer ..... Problemfächer.....

- Fühlst Du Dich in Deiner **Schulklasse wohl**? nein
- Kannst Du Dich leicht an **Regeln** halten? Bist Du **großzügig hilfsbereit**? nein
- Hast Du **gute gleichaltrige Freunde**, (Deine "Bande")? nein
- Gibst Du Dich zu Hause anders als in der Schule? ja
- Leidest Du unter **EBstörungen, Tics** oder **Zwängen**? ja
- Ist Deine **Stimmung** überwiegend fröhlich und ausgeglichen? nein
- Hast Du genügend schulische und außerschulische **Erfolge**? nein
- Widmest Du Dich gestellten **Aufgaben** intensiv, ehrgeizig, willig? nein
- Hast Du vor etwas besondere **Angst**? (in der Schule, zu Hause, Freizeit) ja

- Nimmst Du regelmäßig **Medikamente** ein? Welche:..... ja
- Jodprophylaxe/ Schilddrüsenhormon-Therapie? nein
- **Rauchen** ja/nein, **Alkohol** ja/nein, **Drogenerfahrung**? ja/nein

- **Treibst Du Sport**? Im Verein ..., Freizeit ..., sonstiges .... nein
- Welche **Hobbys** hast Du .....
- **Fernsehgewohnheiten** (... Stunden pro Tag/ ... Stunden am Wochenende)
- Computerspiele (... Stunden pro Tag) **Walkman/Musikhören** (..... Stunden pro Tag)?
- **Liest Du**? Bücher ....., Zeitschriften ....., Comics .....
- **Abendliche Beschäftigung**: Jugendtreffs ....., Vereine ....., Sonstiges .....

- Gibt es **Probleme mit der Ernährung**? Welche:..... ja
- > Hast Du **besondere Eßgewohnheiten**, z.B. vegetarische Kost usw.? ja

- **Pubertätsentwicklung**: Erste Regelblutung mit .... Jahren. Blutung regelmäßig/ unregelmäßig?  
Letzte Blutung .....? **Stimmbruch** ja/nein. **Sexualprobleme**?

● Welche Fragen würdest Du gerne mit mir besprechen? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Vielen Dank, dass Du und Deine Eltern sich so intensiv mit diesen Fragen beschäftigt haben! Bitte bringt diesen Bogen, den Impfpfaß und das Vorsorgeheft unbedingt zum Untersuchungstermin mit. Dies wird uns eine große Hilfe sein bei Durchführung der J1. Bitte denke daran, dass diese Untersuchung etwa 1 Stunde volle Konzentration von Dir verlangt. Komme daher alleine, ohne Geschwister. Und freue Dich trotz all dieser Fragen auf die Vorsorgeuntersuchung!

**Dein / Ihr Jugendarzt**

# Fragen an die Eltern

Name der/des Jugendlichen:.....

*Liebe Eltern,*

auf dieser Seite des Fragebogens bitte ich Sie um wichtige Angaben zu Ihrem jugendlichen Kind. Diese Fragen sollen Ihnen die Vorbereitung auf die Jugendgesundheitsuntersuchung erleichtern und mir wichtige Informationen bringen. Bitte bringen Sie den Bogen zur Untersuchung mit. Gerne spreche ich mit Ihnen ausführlich über alle Punkte, die Sie besonders interessieren, bzw. Ihnen Sorgen bereiten.

● **GESUNDHEITSTÖRUNGEN**

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

- **Allergien, Asthma, Heuschnupfen, Ekzem, Atemnot** in Ruhe/bei Belastung? ja
- **Schmerzen** (z.B. Kopf (Migräne), Bauch, Rücken, Hüfte, Knie); ja   
wenn ja - wo:.....? tägl, 1x/Wo, 1x/Monat, tags, nachts, n.Belastung?
- **Herzinfarkte? Kreislauf- oder Fettstoffwechselstörungen** (Cholesterin)? ja
- **Gehäufte oder länger dauernde Infektionen?/Chronische Krankheiten?** ja
- **Seh- oder Hörbehinderungen, Schielen? Schilddrüsenerkrankungen?** ja
- **Bluthochdruck, Nierenkrankheiten, Übergewicht, Blutkrankheiten?** ja
- **Krampfanfälle** z.B Fieberkrämpfe, **seelische Leiden?** ja
- **körperliche Behinderungen** z.B. des Bewegungssystems o.a. ja
- **Mußten Therapien** durchgeführt werden (KG, Logopädie, Ergotherapie und Psychotherapie o.a.)? ja
- **Gab es Probleme während der Schwangerschaft oder Geburt?** ja
- **Laufenlernen, Sprachentwicklung, Kindergartenbesuch** mit Problemen? ja
- **Hat Ihr Kind seit der letzten Vorsorgeuntersuchung entwicklungsgefährdende Erkrankungen** oder **Operationen** durchgemacht? Welche: ..... ja

● Sind Ihnen bei Ihrem Kind aufgefallen:

**STÖRUNGEN DER SEELISCHEN ENTWICKLUNG/VERHALTENS AUFFÄLLIGKEITEN?**

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

● Ist der **IMPFSCHUTZ** Ihres Kindes unvollständig? ja

Bitte bringen Sie alle Impfunterlagen/Impfpässe zur Untersuchung mit!

● Erhält Ihr Kind regelmäßig **JOD-TABLETTEN** oder **SCHILDDRÜSEN-HORMONE**? nein

● **FAMILIENUMFELD**

- |   |  |
|---|--|
| Beruf der Mutter.....   | Beruf des Vaters.....  |
| Alleinerziehend <span style="float: right;">ja <input type="checkbox"/></span>  | Scheidung <span style="float: right;">ja <input type="checkbox"/></span>                   |
| Mutter Raucherin <span style="float: right;">ja <input type="checkbox"/></span> | Vater Raucher <span style="float: right;">ja <input type="checkbox"/></span>               |
| Wohnungsgröße .....m <sup>2</sup>   | Zimmerzahl <span style="float: right;">Kein eigenes Zimmer <input type="checkbox"/></span> |

● **SCHULISCHE ENTWICKLUNG**

- **Macht Ihnen der schulischen Werdegang Ihres Kindes Sorgen?** ja
- **Sind Sie mit den schulischen Leistungen insgesamt nicht zufrieden?** ja
- **Schwierigkeiten mit Lehrern?** Welche? ..... ja
- **Andere Probleme i.d. Schule?** (z.B. Gewalt, Alkohol, Drogen, Hausaufgaben, Über/Unterforderung, Konzentration, motorische Unruhe, Verhalten?) ja

● **GESUNDHEITSVERHALTEN**

- **Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein, die nicht verordnet wurden?** ja
- **Konsumiert es Nikotin....., Alkohol....., Drogen.....?** ja

● **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?) ja   
Wenn ja, welche:.....