



Fragebogen für Eltern zur Jugendgesundheitsuntersuchung (J1)

Vorname Nachname

Geburtsdatum

Datum

Heute klagen viele der 13- bis 15-Jährigen über Probleme am Skelettsystem. Bei etwa 15 Prozent der Teenager zeigen sich Auffälligkeiten wie Konzentrationsschwäche, Leistungsschwierigkeiten, Persönlichkeitsdefizite und Motivationsprobleme. Auch Drogenprobleme und Essstörungen beginnen oft in dieser Zeit.

Die J1-Untersuchung gehört zu den **kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen** für Ihr Kind im Alter von 13 bis 15 Jahren. Sie soll zeigen, ob die körperliche Entwicklung in der Pubertät normal verläuft. Zudem wird auch die seelische Situation der Heranwachsenden beleuchtet. In der Pubertät beginnen sich die Jugendlichen meist von den Eltern zu lösen. Ideal ist, wenn Sie gemeinsam mit ihrem Kind kommen. Oft ist es dann aber besser, Gespräch, und je nach Wunsch auch Untersuchung alleine mit dem Jugendlichen durchzuführen. In der Regel werden wichtige Dinge anschließend gemeinsam, d. h. auch mit Ihnen, besprochen. **Mit dem vorliegenden Fragebogen können Sie die Vorbereitung auf die wichtige J1 Untersuchung erleichtern und uns wichtige Informationen für diese Untersuchung geben.**

1. **Gibt Ihnen die Entwicklung oder das Verhalten Ihres Kindes Anlass zur Sorge?** nein ja
(Zusammenleben in der Familie, Stellung im Freundeskreis, Hobbys, körperlicher, geistiger und sexueller Reifungsstand?) Wenn ja, welche?.....

2. **Familie**

Hat Ihr Kind Geschwister? Wie viele?

Liegt eine besondere familiäre Situation vor?

Eltern getrennt? nein ja Elternteil verstorben? nein ja

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn ein eigenes Zimmer? ja nein

Gibt es häufig Anlass zu Auseinandersetzungen? nein ja Anlass:

Wie schätzen Sie das Vertrauensverhältnis zu Ihrer Tochter/Ihrem Sohn ein? (Skala von 1-6; 1=starkes, 6 geringes Vertrauen)

Rauchen Sie? Mutter: nein ja Vater: nein ja

3. **Sind Sie mit dem schulischen Werdegang Ihres Kindes zufrieden?** ja nein

Auf welche Schule geht Ihr Kind? Typ? Klasse

Andere Probleme in der Schule (z. B. Hausaufgaben, Über-/Unterforderung, Konzentration, motorische Unruhe, Verhalten, Gewalt, Alkohol, Drogen?) nein ja

4. **Leidet oder litt Ihr Kind oder ein anderes enges Familienmitglied an einer der folgenden Störungen/Erkrankungen?**

- Krampfanfälle/Epilepsie (z. B. Absenzen) nein ja

- Gehäufte oder länger dauernde Infektionen / chronische Krankheiten? nein ja

- Allergien, Asthma, Heuschnupfen, Ekzem, Atemnot in Ruhe bei Belastung nein ja

- Schmerzen (z.B. Kopf (Migräne), Bauch, Rücken, Hüfte, Knie) nein ja

wenn ja – wo?

täglich ...mal/Woche ...mal/Monat tags nachts nur unter Belastung

- Herzinfarkt, Schlaganfall? Kreislauf- oder Fettstoffwechsel-Störungen (Cholesterin)? nein ja

5. **Hat Ihr Kind seit der letzten Vorsorgeuntersuchung entwicklungsgefährdende Erkrankungen oder Operationen durchgemacht?** nein ja

Welche? Stationäre Aufenthalte:

6. **Störungen der Sprache/des Sprechens?** nein ja

- Sprachstörungen, z. B. deutliche Fehler der Grammatik und/oder der Satzbildung nein ja

- Ist die Sprache gewandt, ausdrucksreich und sicher? ja nein

- Störungen der Aussprache, z. B. Stottern, Stammeln? nein ja

- Störungen des Sprachverständnisses? nein ja

7. **Störungen der seelischen Entwicklung/Verhaltensauffälligkeiten?** nein ja

- Ist Ihr Kind tags und nachts sicher sauber (Stuhl/Urin)? ja nein

- Bestehen ausgeprägte Ein- oder Durchschlafstörungen? nein ja

- Häufige Streitereien mit anderen Kindern oder Erwachsenen? Starke Aggressivität? nein ja

- Hat Ihr Kind besonders viel Angst? Wann wovor vor wem..... nein ja

- Haben Sie emotionale Störungen (z. B Depressionen) beobachtet? nein ja

- Spielt Ihr Kind nicht oder nur sehr ungern mit Gleichaltrigen? nein ja

- Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren, ist es motorisch überaktiv? nein ja

- Fehlt Ihrem Kind beim Lernen / Spielen die Ausdauer? nein ja

8. **Störungen der Motorik**

Ist Ihr Kind z. B. beim Sport, beim Schreiben, Malen, Werken, Basteln besonders ungeschickt? nein ja

9. **Erhebliche Störungen beim Lernen, Schwierigkeiten in der Schule?** nein ja

z. B. Auswendiglernen, -behalten, Konzentration, Lesen, Rechnen, Schreiben? nein ja



10. Sehbehinderungen?

- Schielt Ihr Kind, z. B. wenn es müde ist? nein ja
- Können Sie bei Ihrem Kind beobachten: regelmäßig eingennommene Kopfschief- oder Zwangshaltungen, Zukneifen eines oder beider Augen (z.B. bei genauem Fixieren), nein ja
- Kopfschmerzen nach der Schule nein ja
- Kann Ihr Kind schlecht erkennen, was auf die Tafel geschrieben wird? nein ja

11. Hörbehinderungen?

- Spricht Ihr Kind häufig auffallend laut? nein ja
- Versteht Ihr Kind leise gesprochene Aufforderungen öfters nicht oder falsch? nein ja
- Interessiert es sich für Radio, Fernseher nur, wenn diese besonders laut gestellt sind? nein ja
- Versteht Ihr Kind oft nicht, was der Lehrer sagt? Muss es mehrfach angesprochen werden? nein ja
- Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit dem Hören in lauter Umgebung? nein ja

12. Fragen zur allgemeinen Entwicklung

- Sind Sie mit der Entwicklung Ihrer Tochter/Ihres Sohnes zufrieden? ja nein
- Kooperiert Ihr Kind im Spiel/ in der Schule mit anderen Kindern? ja nein
- Ist Ihr Kind in seine Schulklasse integriert? ja nein
- Kann sich Ihr Kind an Regeln halten? Ist es auch einmal großzügig, hilfsbereit? ja nein
- Hat Ihr Kind gleichaltrige Freunde (seine „Bande“)? ja nein
- Beurteilen Sie das soziale Umfeld Ihres Kindes als problematisch? nein ja
- Bestehen erhebliche Unterschiede im Verhalten zu Hause in der Schule? nein ja
- Gibt es Essstörungen, Tics oder Zwänge? nein ja
- Ist die Stimmung überwiegend fröhlich ausgeglichen schlecht gelaunt? ja nein
- Hat Ihr Kind genügend schulische/außerschulische Erfolge? ja nein
- Widmet sich Ihr Kind gestellten Aufgaben intensiv, ehrgeizig, willig? ja nein
- Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn besondere Talente/Interessen? ja nein Folgende:
- Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn Hobbys? ja nein Folgende:
- Ist Ihre Tochter/Ihr Sohn sportlich aktiv? ja nein Sportarten:.....
- Fernsehgewohnheiten: Stunden pro Tag Stunden am Wochenende
- PC-Nutzung: Stunden pro Tag Stunden am Wochenende
- Findet Ihr Kind immer Beschäftigung oder langweilt es sich häufig?
- Welche Medikamente nimmt Ihr Kind regelmäßig ein?
- Werden Nikotin, Alkohol oder Drogen konsumiert? nein ja
- Pubertätsentwicklung: 1. Monatsblutung mit ... Jahren; Monatsblutung regelmäßig unregelmäßig

13. Welche Fragen würden Sie gerne mit mir besprechen?

.....

14. Haben Sie Fragen zu weiteren Vorsorgemaßnahmen oder zu weiteren öffentlich empfohlenen Standard-Impfungen, wie z. B. gegen FSME, Meningokokken C, HPV/Gebärmutterhalskrebs?

.....

15. Sind Sie mit der anlässlich der J1 in der Regel erforderlichen Auffrischimpfung gegen Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten-Kinderlähmung (1 Injektion mit einem Kombi-Impfstoff) einverstanden?

ja nein

16. Falls Ihr Kind noch keine Windpocken hatte, sollte es auch dagegen geimpft werden! Sind Sie auch damit einverstanden?

ja nein

Unterschrift:
(Eltern)

Datum:

Vielen Dank, dass Sie sich so intensiv mit diesen Fragen beschäftigt haben!

Bitte bringen Sie diesen Bogen, den Impfpass, das Vorsorgeheft und die Versicherungskarte unbedingt zum Untersuchungstermin mit. Dies wird uns eine große Hilfe sein bei der Durchführung der Untersuchung. Bitte denken Sie daran, dass diese Untersuchung etwa 1 Stunde volle Konzentration von Ihrem Kind verlangt. Kommen Sie daher mit Ihrem Kind alleine, ohne Geschwister, damit die Untersuchung ungestört optimal ablaufen kann. Und freuen Sie sich trotz all dieser Fragen auf die Vorsorgeuntersuchung! Gespräch und Untersuchung verlaufen ohne Stress und in entspannter Atmosphäre.