

Name des Jugendlichen: _____ Geburtsdatum: _____

Diese Fragen beantworten deine Eltern

Heute klagen viele der 13- bis 15-Jährigen über Probleme am Skelettsystem. Bei etwa 15 Prozent der Teenager Auffälligkeiten wie Konzentrationschwäche, 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. Oft ist es besser, wenn die Jugend allein zur Untersuchung kommen. Am besten fragen Sie Ihr Kind. Gerne sind wir bereit, uns mit Ihnen zu einer Gesprächstermin zu verabreden. **Mit dem vorliegenden Fragebogen können Sie die Vorbereitung auf die wichtige J1 Untersuchung erleichtern und uns wichtige Informationen für diese Untersuchung geben.**

Familie

Hat Ihr Kind Geschwister? Wie viele? _____
Liegt eine besondere familiäre Situation vor?
Eltern getrennt? Ja Nein Elternteil verstorben? Ja Nein
Elternteil alleinerziehend? Kind lebt bei der Mutter/beim Vater Anmerkung: _____
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 Vertrauen, 6= geringes Vertrauen)
Rauchen Sie? Mutter: Ja Nein Vater: Ja Nein

Gesundheit des Jugendlichen

Sind im Verlauf der Entwicklung Probleme aufgetreten?
 Kleinkindalter Kindergartenalter Schulzeit Wenn ja, welche? _____
Liegen bekannte Erkrankungen/Behinderungen vor?
 beim Kind bei den Eltern bei den Geschwistern bei den Großeltern
Wenn ja, welche? _____
Gab es bei Ihrem Kind bisher Operationen? Wenn ja, welche? _____
Nimmt Ihre Tochter/Ihr Sohn regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja Folgende: _____
Wurden bei Ihrem Kind alle erforderlichen Impfungen durchgeführt? Bitte unbedingt den Impfausweis mitbringen!
 Ja Nein Nicht bekannt

Verhaltensauffälligkeiten

| | |
|---|---|
| Bei der Sprache <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Kommentar: _____ | Schlafstörungen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Kommentar: _____ |
| Bei der seelischen Entwicklung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Kommentar: _____ | Essstörungen, Gewichtsprobleme <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Kommentar: _____ |
| Im Umgang mit Anderen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Kommentar: _____ | Angstzustände <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Kommentar: _____ |
| Schwierigkeiten in der Schule <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Kommentar: _____ | Seh- und/oder Hörbehinderungen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Kommentar: _____ |
| Störungen/Schwierigkeiten beim Lernen, Konzentrationsstörungen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Kommentar: _____ | Probleme mit Suchtmitteln (Alkohol, Rauchen, Drogen) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Kommentar: _____ |

Allgemeine Entwicklung

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn besondere **Talente/Interessen**? Nein Ja Folgende: _____
Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn **Hobbys**? Nein Ja Folgende: _____
Ist Ihre Tochter/Ihr Sohn **sportlich aktiv**? Nein Ja Folgende: _____
Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn **gleichaltrige Freunde**? Nein Ja
Sind Sie mit der **Entwicklung** Ihrer Tochter/Ihres Sohnes zufrieden? _____ (Skala von 1-6; 1= Sehr, 6= überhaupt nicht)
Sind Sie mit dem **schulischen Werdegang** Ihrer Tochter/Ihres Sohnes zufrieden? _____ (Skala von 1-6; 1= Sehr, 6= überhaupt nicht)

Welche Fragen würden Sie gerne mit uns besprechen?

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Diese Fragen beantwortest du selbst

Der J1 Gesundheitscheck ist nicht nur eine Gelegenheit festzustellen, ob du gesund bist, er ist auch ein Angebot und zum Austausch mit dem Arzt. Dein Körper verändert sich zurzeit stark. Er ist erwachsener. In deinem Alter liche Probleme auftreten, die für deine weitere Entwicklung nicht unwichtig sind und die der Arzt bei der J1 er **Bitte beantworte die nachfolgenden Fragen, sodass dein Arzt bei der Untersuchung und dem Berat besonders gut auf dich eingehen kann.**

Schule

Welche Schule besuchst du? _____ Klasse: _____
 Bist du mit der Schule/den Lehrern/deinen Leistungen zufrieden? Ja Nein Geht so
 Fühlst du dich in der Schule und in deiner Klasse wohl? Ja Nein Geht so
 Gibt es Probleme in der Schule? Nein Ja Welche? _____

Familie

Kommst du gut klar mit:
 - deinen Eltern? Ja Nein Geht so
 - deinen Geschwistern? Ja Nein Geht so
 Kannst du mit deinen Eltern über Probleme reden? Ja Selten Nein

Freunde

Hast du Freunde in deinem Alter? Ja Nein
 Kannst du mit deinen Freunden über Probleme reden? Ja Selten Nein

Gesundheit

Fühlst du dich gesund? Ja Nein Geht so
 Hast du in der letzten Zeit körperliche Beschwerden?
 Wenn ja, welche? _____
 Sind Erkrankungen oder Allergien bei dir bekannt?
 Wenn ja, welche? _____
 Hast du Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen? Ja Nein
 Warum geht es dir nicht gut? _____
 Nimmst du regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein Welche? _____
 Hast du Ängste? Wenn ja, welche? _____

Sport

Betreibst du neben dem Schulsport Sport? Ja Nein Welchen? _____

Deine Einschätzung

Bist du eher fröhlich traurig ruhig ausgelassen aggressiv
 Wie zufrieden bist du mit deinem Leben? zufrieden geht so unzufrieden
 Deine Einschätzung zu Suchtmitteln (falls du etwas dazu sagen möchtest)
 - Zigaretten: nein danke ich rauche selbst Freunde rauchen Dein Kommentar: _____
 - Alkohol: nein danke hin und wieder häufig Dein Kommentar: _____
 - Drogen: nein danke schon probiert Freunde probieren Dein Kommentar: _____
 Womit verbringst du den größten Teil deiner Freizeit?
 Hobbys Welche? _____
 Freunde Familie Computer spielen/chatten Fernsehen Rumhängen, relaxen, chillen Anderes
 Wie zufrieden bist du mit deiner körperlichen Entwicklung, deiner Größe, deinem Gewicht?
 zufrieden geht so unzufrieden - Warum bist du unzufrieden? _____

Fragen an deinen Arzt/deine Ärztin

Markiere die Themen, über die du mit mir sprechen möchtest. Das Gespräch mit dir unterliegt der ärztlichen \S
 Fragen zu deiner Gesundheit, zu bestimmten Beschwerden Fragen zu Medikamenten, Alkohol, Drogen, Rauchen od. Sucht
 Fragen zu anstehenden Impfungen (bei Mädchen z. B. Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs) Ernährungsfragen, - tips
 Sorgen, Ängste, Stimmungsschwankungen, die dich belasten Probleme in der Schule, in der Familie, im Freundeskreis
 Fragen zur körperlichen Entwicklung, Pubertät, Aufklärung, Sexualität, Verhütung

Zutreffendes bitte ankreuzen.

