

Fragebogen zur Jugendgesundheitsuntersuchung J1

Liebe Eltern von _____, (Name der/des Jugendlichen)

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 geben. 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.

Gesundheitsstörungen

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

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

Sind Ihnen bei Ihrem Kind aufgefallen:

- ja Störungen der seelischen Entwicklung / Verhaltensauffälligkeiten?
- ja Ist ihr Kind tags und/oder nachts noch nicht sauber (Stuhl und /oder Urin)?
- ja Bestehen ausgeprägte Ein- oder Durchschlafstörungen?
- ja Gibt es Probleme mit dem Essen (zu wenig, zu viel)?
- ja Hat ihr Kind häufig Streitereien mit anderen Kindern oder Erwachsenen, die Ihnen Sorgen bereiten?
- ja Ist es zu aggressiv? Hat es starke Stimmungsschwankungen?
- ja Hat Ihr Kind besonders viel Angst? Wann, wovon, vor wem? _____
- ja Haben Sie emotionale Störungen (z.B. Depressionen, ausgeprägtes, anhaltendes Traurigkeit) beobachtet?
- ja Spiel/kooperiert Ihr Kind nicht/nur ungern mit Gleichaltrigen?
- ja Ist Ihr Kind nicht in einer Gruppe Gleichaltriger integriert?
- ja Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren, ist es motorisch überaktiv oder ungeschickt?
- ja Fehlt Ihrem Kind beim Lernen / Spielen Ausdauer, Aufmerksamkeit und/oder Konzentration?
- ja Ist der Impfschutz Ihres Kindes unvollständig?
Bitte bringen Sie alle (auch Ihren eigenen) Impfunterlagen/Impfpässe zur Untersuchung mit! Gerne informiere ich Sie zu wichtigen Impfungen für Jugendliche (z.B. gegen Tetanus, Diphtherie, Polio, Keuchhusten, Windpocken, Meningitis, Hepatitis B, Reiseimpfungen usw.)
- ja Erhält Ihr Kind regelmäßig Jod-Tabletten oder Schilddrüsenhormone?

Familienumfeld

- Beruf der Mutter _____ ja Scheidung ja alleinerziehend
- Beruf des Vaters _____ ja Gibt es Probleme innerhalb / mit der Familie?
- ja Mutter Raucherin Wohnunggröße _____ m², Zimmerzahl _____
- ja Vater Raucher ja Kein eigenes Zimmer

Schulische Entwicklung

- ja Macht Ihnen der schulische Werdegang Ihres Kindes Sorgen?
- ja Sind Sie mit den schulischen Leistungen insgesamt nicht zufrieden?
- ja Gibt es Schwierigkeiten mit Lehrern / Mitschülern? Welche? _____
- ja _____
- ja Andere Probleme in der Schule? (z.B. Lesen, Schreiben, Rechnen, Hausaufgaben, Über-/ Unterforderung, Konzentration, motorische Unruhe, Verhalten, Gewalt, Alkohol, Rauchen, Drogen?)

Gesundheitsverhalten

- ja Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein (auch welche, die nicht verordnet wurden)?
- ja Raucht es ____, trinkt es Alkohol ____, konsumiert es Drogen ____?

Seelische Entwicklung / Verhalten

- ja Gibt Ihnen die Entwicklung oder das Verhalten Ihres Kindes Anlass zur Sorge? (Familie, Ernährung, Freizeit, Stellung im Freundeskreis, Hobbys, körperliche, geistige, psychische und sexuelle Reife, seelische/emotionale Ausgeglichenheit, anderes?) Wenn ja, was genau? _____

Fragebogen zur Jugendgesundheitsuntersuchung J1

Liebe(r) _____,

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

Leidest Du häufig / gelegentlich unter Beschwerden wie:

- ja Kopfschmerzen ____, Müdigkeit ____, Abgeschlagenheit ____, Konzentrationsstörungen ____, Schwindel ____, Bauchschmerzen ____, Rücken-/Gelenkbeschwerden ____, andere Beschwerden ____?
- ja Fühlst Du Dich (anhaltend) krank?
- ja Hast Du Schwierigkeiten z.B. beim Ballspielen, Laufen, Radfahren, Klettern, Schwimmen od. Turnunterricht?
- ja Hast Du Schwierigkeiten beim Öffnen von Knoten oder beim Eindrehen von Schrauben?
- ja Malst oder bastelst Du weniger gern als Deine Altersgenossen?
- ja Ist es für Dich schwierig, Figuren mit der Schere aus Papier auszuschneiden?
- ja Gibt es Probleme beim Lernen? z.B.: Auswendig behalten, Konzentration, Lesen, Rechnen, Schreiben, Anderes? Welche Schule besuchst Du? Hauptschule Realschule Gymnasium Andere Klasse ____, Durchschnittsnote ____
- ja Versetzung gefährdet? Deine Lieblingsfächer _____ / Deine Problemfächer _____
- ja Gibt es Probleme mit Deinen Schulleistungen?
- nein 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?
- ja Gibst Du Dich zu Hause anders als in der Schule? Gibt es Probleme mit Deiner Familie?
- ja Hast Du manchmal Hungerattacken und fällst über den Kühlschrank her? Hast Du nach dem Essen das Bedürfnis Dich zu übergeben? Übergibst Du Dich nach dem Essen?
- ja Musst Du häufig die Augen zusammenkneifen? Wiederholst Du bestimmte Bewegungen (z.B. Schulterzucken) besonders häufig? Oder hat Dir das jemand schon einmal gesagt?
- ja Wäschst Du Dir besonders häufig die Hände? Oder machst Du andere Dinge besonders häufig, so dass Dich das im Alltag behindert?
- nein Ist Deine Stimmung überwiegend fröhlich und ausgeglichen?
- nein Hast Du genügend schulische und außerschulische Erfolge?
- nein Widmest Du Dich gestellten Aufgaben intensiv, ehrgeizig, willig?
- ja Hast Du vor etwas besondere Angst? (in der Schule, zu Hause, in Deiner Freizeit)
- ja Hast Du starke Stimmungsschwankungen? Bist Du oft/anhaltend traurig?
- nein Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein? Welche? _____
- nein Nimmst Du regelmäßig Jodtabletten oder Schilddrüsenmedikamente?
- nein Rauchst Du? nein Trinkst Du Alkohol? nein Hast Du Erfahrung mit Drogen?
- nein Treibst Du Sport? Im Verein ____, Freizeit ____, Sportart _____
- Was machst Du sonst gerne in Deiner Freizeit? _____ Jugendtreffs ____, Vereine ____, Anderes ____
- Welche Hobbys hast Du? _____
- Fernsehgewohnheiten (____ Stunden pro Tag / ____ Stunden am Wochenende)
- Computerspiele / Internet (____ Stunden pro Tag) MP3-Player / Musikhören (____ Stunden pro Tag)
- nein Liest Du? Bücher ____, Zeitschriften ____, Comics ____
- ja Gibt es Probleme mit der Ernährung (zu viel / zu wenig, andere)?
- ja Macht Dir dein Gewicht Sorgen (zu viel, zu wenig)?
- ja Hast Du schon einmal ein Diät gemacht? Warum? Erfolg?
- ja Hast Du besondere Eßgewohnheiten (z.B. vegetarische Kost, andere)?

Pubertätsentwicklung:

Für Mädchen: Erste Regelblutung mit ____ Jahren.

Blutung regelmäßig / unregelmäßig? Letzte Blutung am _____

nein Für Jungen: Stimmbruch

ja Hast Du Probleme mit Deinem Freund / Deiner Freundin? Beim / mit dem Sex? Bei der Verhütung?

ja Hast Du Fragen zu den wichtigen Impfungen bei Jugendlichen (z.B. gegen Tetanus, Diphtherie, Polio, Keuchhusten, Windpocken, Meningitis, Hepatitis B, Reiseimpfungen usw.)?

ja Welche weiteren Fragen würdest Du gerne mit mir besprechen? _____

Vielen Dank, dass Du Dich so intensiv mit diesen Fragen beschäftigt hast! Bitte bring diesen Bogen, Deinen Impfpass und Dein Vorsorgeheft unbedingt zum Untersuchungstermin mit. Dies wird uns eine große Hilfe sein bei der J1. Bitte denk daran, dass diese Untersuchung etwa 1 Stunde vollen Einsatz von Dir verlangt. Komm daher alleine, nur mit Mutter oder Vater aber ohne Geschwister, damit die Untersuchung ungestört optimal ablaufen kann.

Dr. Stephan Reinalter
LANR 201392734
FA f. Kinder- u. Jugendmedizin
Goethestr. 18
01109 Dresden
Tel. 0351-880 51 59, Fax 0351-889 27 72
Dein Jugendarzt (Stempel)