



Fragebogen J1/J2 an die Eltern

Name der/des Jugendlichen: geb. am:

Gesundheitsstörungen

Leidet oder litt Ihr Kind oder ein anderes 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 andere:
Tägl. 1-____x/Woche 1-____x/Monat tags nachts nach Belastung ?
- Ja Herzinfarkte ? Kreislauf- oder Fettstoffwechselstörungen (Cholesterin) ?
- Ja Gehäufte oder länger dauernde Infektionen? Welche?
- Ja Seh- oder Hörbehinderungen, Schielen?
- Ja Bluthochdruck Nierenkrankheiten Übergewicht Blutkrankheiten ,
Schilddrüsenerkrankungen ?
- Ja Krampfanfälle ? Seelische Leiden ?
- 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 Sorge bereiten?
- Ja Ist es zu aggressiv? Hat es Stimmungsschwankungen?
- Ja Hat Ihr Kind besonders viel Angst? Wann, wovor, vor wem?
- Ja Haben Sie emotionale Störungen (z.B.: Depressionen, ausgeprägtes Traurigsein) beobachtet?
- Ja Spielt/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?

Familienumfeld

- Beruf Mutter: Vater:
- Ja Rauchen Sie? Mutter Vater ?
- Ja Scheidung/Trennung ? Alleinerziehend ?
Hat Ihr Kind Kontakt zu beiden Elternteilen ? Welches Modell:

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 Andere Probleme in der Schule? z.B.: Lesen Schreiben Rechnen Hausaufgaben ,
Überforderung Unterforderung Konzentration motorische Unruhe Verhalten ,
Gewalt Alkohol Rauchen Drogen ?

Gesundheitsverhalten

- Ja Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Welche?
- 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? Wenn ja, was genau?