

## 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?