

Diese Fragen beantworten die Eltern

Die **J1-Untersuchung** gehört zu den **kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen** für Ihr Kind im Alter von 12 bis 14 Jahren. Im Rahmen der J1 untersucht die:der Ärzt:in, ob sich der Körper Ihres Kindes während der Pubertät normal entwickelt. Zudem geht es um seine psychische Situation.

In der Pubertät beginnen Jugendliche meist, sich von ihren Eltern zu lösen. Daher ist es häufig sinnvoll, wenn ihr Kind

allein zur J1-Vorsorgeuntersuchung geht. Am besten fragen Sie Ihr Kind, was es möchte. Es ist übrigens auch möglich, einen separaten Gesprächstermin für Eltern und Jugendliche zu vereinbaren.

Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens können Sie die Vorbereitung auf die wichtige J1-Untersuchung erleichtern und der:dem Ärzt:in wesentliche Informationen für diese Untersuchung geben.

Familie

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Hat Ihr Kind Geschwister? Wie viele? _____

Liegt eine besondere familiäre Situation vor? Eltern getrennt? Ja Nein

Ist ein Elternteil verstorben? Ja Nein

Ist ein Elternteil alleinerziehend? Kind lebt bei der Mutter beim Vater

Anmerkung: _____

Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer? Ja Nein

Gibt es häufiger Auseinandersetzungen? Nein Ja Wenn ja, was ist der Anlass? _____

Wie schätzen Sie das Vertrauensverhältnis zu Ihrem Kind ein? _____ (Skala von 1 bis 6; 1=starkes Vertrauen, 6=geringes Vertrauen)

Rauchen Sie? Mutter: Ja Nein Vater: Ja Nein

Gesundheit Ihres Kindes

Sind im Verlauf der Entwicklung Probleme aufgetreten?

Nein Ja, im Kleinkindalter Ja, im Kindergartenalter Ja, in der Schulzeit Wenn ja, welche? _____

Liegen in Ihrer Familie 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 Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja Folgende: _____

Wurden bei Ihrem Kind alle empfohlenen Impfungen durchgeführt? Bitte unbedingt den Impfausweis mitbringen!

Ja Nein Nicht bekannt

Verhaltensauffälligkeiten

Bei der Sprache

Nein Ja Kommentar: _____

Bei der seelischen Entwicklung

Nein Ja Kommentar: _____

Im Umgang mit Anderen

Nein Ja Kommentar: _____

Schwierigkeiten in der Schule

Nein Ja Kommentar: _____

Störungen/Schwierigkeiten beim Lernen, Konzentrationsstörungen

Nein Ja Kommentar: _____

Schlafstörungen

Nein Ja Kommentar: _____

Essstörungen, Gewichtsprobleme

Nein Ja Kommentar: _____

Angstzustände

Nein Ja Kommentar: _____

Seh- und/oder Hörbehinderungen

Nein Ja Kommentar: _____

Probleme mit Suchtmitteln (Alkohol, Rauchen, Drogen)

Nein Ja Kommentar: _____

Hoher Medienkonsum

weniger als 2h pro Tag mehr als 2h pro Tag

Allgemeine Entwicklung

Hat Ihr Kind besondere Talente/Interessen? Nein Ja Folgende: _____

Hat Ihr Kind Hobbys? Nein Ja Folgende: _____

Ist Ihr Kind sportlich aktiv? Nein Ja Sportarten: _____

Hat Ihr Kind gleichaltrige Freunde? Nein Ja

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? _____ (Skala von 1 bis 6; 1=sehr, 6=überhaupt nicht)

Sind Sie mit dem schulischen Leistungen Ihres Kindes zufrieden? _____ (Skala von 1 bis 6; 1=sehr, 6=überhaupt nicht)

Welche Fragen würden Sie gerne mit der:dem Ärzt:in besprechen? _____