

Fragebogen für die Eltern zur J 1

Name des Jugendlichen:

geb.

Liebe Eltern,

dieser Fragebogen soll Ihnen die Vorbereitung auf die wichtige letzte Vorsorgeuntersuchung bei Ihrem Kind erleichtern und uns wichtige Informationen für diese Untersuchung bringen. Keine Angst, Sie brauchen nicht alle Fragen einzeln zu beantworten. Bitte kreuzen Sie nur die Fragen an, bei denen Sie Auffälligkeiten bei Ihrem Kind vermuten. Bitte bringen Sie den Bogen zur Untersuchung mit, damit wir ausführlich über diese und gerne auch über weitere Punkte sprechen können.

A) Gibt Ihnen die Entwicklung oder das Verhalten Ihres Kindes Anlass zur Sorge? Ja

(Zusammenleben in der Familie, Stellung im Freundeskreis, Hobbys, körperlicher, geistiger, psychischer und sexueller Reifungsstand?) Wenn ja, welche? _____

- Sind Sie mit dem schulischen Werdegang Ihres Kindes zufrieden? Nein

Auf welche Schule geht Ihr Kind? Typ? _____ Klasse? _____

Sind Sie mit den schulischen Leistungen insgesamt zufrieden? Nein

Welche Fächer bereiten Ihrem Kind besondere Freude/Probleme? _____

Schwierigkeiten mit Lehrern? Welche? _____ Ja

Andere Probleme in der Schule? (z.B. Hausaufgaben, Über-/Unterforderung, Konzentration, motorische Unruhe, Verhalten, Gewalt, Alkohol, Drogen? _____ Ja

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

- Krampfanfälle (z.B. Absencen) oder Fieberkrämpfe? Ja

- Gehäufte oder länger dauernde Infektionen/ chronische Krankheiten? Ja

- Allergien, Asthma, Heuschnupfen, Ekzem, Atemnot in Ruhe bei Belastung? Ja

- Schmerzen (z.B. Kopf (Migräne), Bauch, Rücken, Hüfte, Knie) Ja

wenn ja – wo? _____ Ja

täglich mal/Woche mal/Monat tags nachts nur unter Belastung

- Herzinfarkte? Kreislauf- oder Fettstoffwechsel-Störungen (Cholesterin)? Ja

- Hat Ihr Kind seit der letzten Vorsorgeuntersuchung entwicklungs- gefährdende Erkrankungen oder Operationen durchgemacht? Welche? _____ Ja

C) Sind Ihnen bei Ihrem Kind aufgefallen:

- Ist Ihr Kind tags und nachts sicher sauber (Stuhl/Urin)? Nein

- Bestehen ausgeprägte Ein- oder Durchschlafstörungen? Ja

- Hat Ihr Kind häufig Streiterein mit anderen Kindern oder Erwachsenen, die Ihnen Sorge bereiten? Ist es zu aggressiv? Ja

- Hat Ihr Kind besonders viel Angst? Wann _____, wovor _____, vor wem _____? Ja

- Haben Sie emotionale Störungen (z.B. Depressionen) beobachtet? Ja

- Spielt Ihr Kind nicht nur ungern mit Gleichaltrigen? Ja

- Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren, ist es motorisch überaktiv? Ja

- Fehlt Ihrem Kind beim Lernen/ Spielen die Ausdauer?

- Störungen der Sprache/ des Sprechens Ja

- Sprachstörungen, z.B. deutliche Fehler der Grammatik und/oder der Satzbildung? Ja

Ist die Sprache gewandt, ausdrucksreich und sicher? Nein

- Störungen der Aussprache, z.B. Stottern, Stammeln? Ja

- Störungen des Sprachverständnisses? Ja

- Störungen der seelischen Entwicklung / Verhaltensauffälligkeiten? Ja

- Störungen der Grobmotorik Ja

Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind z.B. beim Ballspielen, Laufen, Radfahren, Klettern, Schwimmen oder beim Turnunterricht mehr Schwierigkeiten hat, weniger geschickt ist als Gleichaltrige? Ja

- Störungen der Feinmotorik

Malt Ihr Kind ungern? Bastelt es weniger gern und ausdauernd als Altersgenossen? Ist es ungeschickt beim Schreiben, beim Werken? Ja

- Störungen beim Lernen **Ja O**
Auswendigbehalten, Konzentration, Lesen, Rechnen, Schreiben? Ja O

- Sehbehinderungen **Ja O**
- Interessiert es sich für das Fernsehen nur, wenn es nahe davor sitzt? Ja O
- Schielt Ihr Kind, z.B. wenn es müde ist? Ja O
- Können Sie bei Ihrem Kind beobachten: Regelmäßig eingenommene Kopfschief- oder Zwangshaltungen, Lichtscheu, vermehrtes Blinzeln oder Tränenlaufen, Auggreifen oder Augbohren, Zukneifen eines oder beider Augen (z.B. bei genauem Fixieren), Lidspalten-Differenz, häufige Lidrandentzündungen, Kopfschmerzen nach der Schule? Ja O
- Kann Ihr Kind schlecht erkennen, was auf der Tafel geschrieben wird? Ja O

- Hörbehinderungen **Ja O**
- Spricht Ihr Kind häufig auffallend laut? Ja O
- Versteht Ihr Kind leise gesprochenen Aufforderungen nicht oder falsch, wenn es Ihnen nicht auf den Mund sehen kann? Ja O
- Interessiert sich Ihr Kind für Radio u. Fernseher nur, wenn diese auf große Lautstärke gestellt sind? Ja O
- Versteht Ihr Kind oft nicht, was der Lehrer sagt? Muss es mehrfach angesprochen werden? Ja O
- Lässt seine Konzentration rasch nach? Ja O
- Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit dem Hören in lauter Umgebung? Ja O

D) Fragen zur allgemeinen Entwicklung

- Kooperiert Ihr Kind im Spiel/ in der Schule mit anderen Kindern? NeinO
- Ist Ihr Kind in seine Schulklasse integriert? NeinO
- Kann sich Ihr Kind an Regeln halten? Ist es großzügig, hilfsbereit? NeinO
- Hat Ihr Kind gleichaltrige Freunde (seine „Bande“)? NeinO
- Bestehen erhebliche Unterschiede im Verhalten zu Hause in der Schule Ja O
- Gibt es Essstörungen, Tics oder Zwänge bei Ihrem Kind? Ja O
Ist die Stimmung überwiegend fröhlich ausgeglichen schlecht gelaunt?
- Hat Ihr Kind genügend schulische / außerschulische Erfolge? NeinO
- Widmet sich Ihr Kind gestellten Aufgaben intensiv, ehrgeizig, willig? NeinO
- Welche Interessen, Hobbys hat Ihr Kind? _____
- Fernsehgewohnheiten _____ Stunden pro Tag _____ Stunden am Wochenende
- Findet Ihr Kind immer Beschäftigung oder langweilt es sich häufig?
- Welche Medikamente nimmt Ihr Kind regelmäßig ein? _____
Jod-Prophylaxe? NeinO
- Werden Nikotin, Alkohol oder Drogen konsumiert? Ja O
- Pubertätsentwicklung: Menarche (Regelblutung) mit _____ Jahren.
Menses regelmäßig unregelmäßig? Letzte Blutung , wann? _____
Sexualprobleme?

Welche Fragen würden Sie gerne mit mir besprechen?

Haben Sie Fragen zu eventuell anstehenden Impfungen oder zu weiteren Vorsorgemaßnahmen?

Vielen Dank, dass Sie sich so intensiv mit diesen Fragen beschäftigt haben! Bitte bringen Sie diesen Bogen, den Impfpass und das Vorsorgeheft unbedingt zum Untersuchungstermin mit. Dies wird uns eine große Hilfe sein bei der Durchführung der Untersuchung.

Dr .med. W.Nagel

Fr. Dr. med. U.Odefey

Fr. H.Raytarowski