



Liebe(r) _____,
Liebe Eltern!

Datum _____

Dieser Fragebogen soll Euch/Ihnen die Vorbereitung auf die Früherkennungsuntersuchung bei Jugendlichen bzw. die Jugendgesundheitsberatung J1 erleichtern und uns wichtige Informationen für diese Untersuchung bringen. Es müssen nicht alle Fragen einzeln beantwortet werden, es sollten aber bitte die Bereiche markiert werden, mit denen wir uns intensiver beschäftigen sollten.

Gibt es Anlass zur Sorge im Zusammenleben in der Familie, im Freundeskreis, bei Hobbys, in der körperlichen, geistigen, psychischen oder sexuellen Entwicklung oder im Verhalten?

Ja

Ist der schulische Werdegang o.k. ?

Schule: _____ Klasse: _____

Lieblingsfächer: _____

Schulschwierigkeiten? Welche? _____

Ja

(z.B. Aufgaben, Konzentration, motorische Unruhe, Verhalten, Gewalt, Alkohol, Drogen?)

Leidet in der Familie jemand an

Krampfanfällen?	Ja <input type="checkbox"/>
Allergien, Asthma, Heuschnupfen, Ekzem?	Ja <input type="checkbox"/>
Schmerzen (Kopf-, Bauch-, Rücken-, Gelenkschmerzen)?	Ja <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt? Kreislauf- oder Fettstoffwechsel-Störungen?	Ja <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen?	Ja <input type="checkbox"/>

Wurden seit der letzten Vorsorgeuntersuchung entwicklungsgefährdende Erkrankungen durchgemacht?

Ja

Sind Störungen der Sprache/des Sprechens aufgefallen?
(Sprachstörung in Grammatik oder Satzbildung, Aussprachestörung wie Stottern oder Stammeln, Sprachverständnisschwierigkeiten)

Ja

Gibt es Verhaltensauffälligkeiten oder Störungen der seelischen Entwicklung?
(Einnässen, Einkoten, Schlafstörungen, häufige Streitereien, Aggressivität,
Angst, Depressionen, Kontaktarmut, Konzentrationsstörung, Überaktivität,
fehlende Ausdauer) Ja

Gibt es Störungen in der Grobmotorik (Ballspielen, Laufen, Radfahren,
Klettern, Schwimmen)? Ja

Gibt es Störungen in der Feinmotorik (Malen, Basteln, Schreiben, Werken)? Ja

Gibt es Lernprobleme (Auswendiglernen, Konzentration, Lesen, Rechnen,
Schreiben)? Ja

Gibt es Hinweise auf eine Sehbehinderung?
(kurzer Fernsehabstand, Schielen bei Müdigkeit, Blinzeln, Augentränen,
Kopfschmerzen) Ja

Gibt es Hinweise auf eine Hörbehinderung?
(lautes Sprechen, Radio Lautstärke, schlechtes Verstehen in lauter Umgebung) Ja

Gute Kooperation mit anderen in Spiel und Schule? Nein

Werden Regeln eingehalten? Nein

Gleichaltrige Freunde? Nein

Gibt es Essstörungen, Tics oder Zwänge? Ja

Interessen und Hobbies sind: _____

Fernseh-/Computergewohnheiten: _____ Std./Tag _____ Std./Wochenende

Regelmäßige Medikamenteneinnahme? Welche?

Nikotin, Alkohol oder Drogenkonsum? Ja

Menarche mit _____ Jahren Menses regelmäßig
unregelmäßig

Letzte Blutung _____ Sexualprobleme Ja

Welche Fragen sollen wir besprechen?

Vielen Dank! Bitte diesen Bogen, das Vorsorgeheft und den Impfpass zum Termin mitbringen