

Fragebogen zur Jugendgesundheitsuntersuchung J1

nach Dr. U. Enzel, Kinder- und Jugendarzt, Schwaigern

Fragen an die Eltern

Liebe Eltern von _____, (Name der / des Jugendlichen)

Auf dieser Seite des Fragebogens bitte ich Sie um wichtige Angaben zu Ihrem jugendlichen Kind. Diese Fragen sollen Ihnen die Vorbereitung auf die Jugendgesundheitsuntersuchung erleichtern und mir wichtige Informationen geben. Bitte bringen Sie den Bogen zur Untersuchung mit. Gerne spreche ich mit Ihnen ausführlich über alle Punkte, die Sie besonders interessieren, bzw. Ihnen Sorgen bereiten.

Gesundheitsstörungen

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

- ja Allergie, Asthma, Heuschnupfen, Ekzem, Atemnot in Ruhe / bei Belastung
- ja Schmerzen (z.B. Kopf (Migräne), Bauch, Rücken, Hüfte, Knie); wenn ja, wo: _____?
tägl., 1xWoche, 1x/Monat, tags, nachts, nach Belastung?
- ja Herzinfarkte, Kreislauf oder Fettstoffwechselstörungen (Cholesterin)
- ja Gehäufte oder länger dauernde Infektionen, chronische Krankheiten?
- ja Seh- oder Hörbehinderungen, Schielen?
- ja Bluthochdruck, Nierenkrankheiten, Schilddrüsenerkrankungen?
- ja Krampfanfälle z.B.: Fieberkrämpfe? Seelische Leiden?
- ja Körperliche Behinderungen z.B. des Bewegungssystems o.a.?
- ja Mussten Therapien durchgeführt werden (Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie, Psychotherapie o.a.)?
- ja Gab es Probleme während der Schwangerschaft, der Geburt, oder in der Neugeborenenzeit?
- ja Laufen lernen, Sprachentwicklung verzögert, Kindergartenbesuch mit Problemen?
- ja Hat Ihr Kind seit der letzten Vorsorgeuntersuchung schwere oder entwicklungsgefährdende Krankheiten 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, die Ihnen Sorgen bereiten, mit anderen Kindern oder Erwachsenen?
- ja Ist es zu aggressiv? Hat es starke Stimmungsschwankungen?
- ja Hat Ihr Kind besonders viel Angst? Wann, wovon, 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?
- ja Ist der Impfschutz Ihres Kindes vollständig?
Bitte bringen Sie alle (auch Ihre eigenen) Impfunterlagen/ Impfpässe zur Untersuchung mit! Gerne informiere ich Sie zu wichtigen Impfungen für Jugendliche (z.B.: Tetanus, Diphtherie, Polio, Keuchhusten, Windpocken, Meningitis, Hepatitis B, Reimpfungen usw.)
- ja Erhält Ihr Kind regelmäßig Jodtabletten oder Schilddrüsen-Hormone?

Familienumfeld

- Beruf der Mutter _____ Beruf des Vaters _____
- ja Scheidung ja Alleinerziehend
 - ja Gibt es Probleme innerhalb/ mir der Familie?
 - ja Mutter Raucherin ja Vater Raucher
 - ja Kein eigenes Zimmer Wohnunggröße _____ m², Zimmerzahl _____

Schulische Entwicklung

- ja Macht Ihnen der schulische Werdegang Ihres Kindes Sorgen?
- ja Sind Sie mit den schulischen Leistungen Ihres Kindes insgesamt nicht zufrieden?
- ja Gibt es Schwierigkeiten mit Lehrern, Mitschülern? Welche? _____
- ja Andere Probleme in der Schule (z.B.: Lesen, Schreiben, Rechnen, Hausaufgaben, Über-/Unterforderung; Konzentration, motorische Unruhe, Verhalten, Gewalt, Alkohol, Rauchen, Drogen)?

Gesundheitsverhalten

- ja Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein (auch welche, die nicht verordnet wurden)?
- ja Raucht es? ja Trinkt es Alkohol? ja Konsumiert es Drogen?

Seelische Entwicklung/ Verhalten

- ja Gibt Ihnen die Entwicklung oder das Verhalten Ihres Kindes Anlass zur Sorge (Familie, Ernährung, Freizeit, Stellung im Freundeskreis, Hobbys, körperliche, geistige, psychische und sexuelle Reife, seelische/ emotionale Ausgeglichenheit, anderes)?
Wenn ja, was genau? _____

Fragen an die/ den Jugendlichen

Liebe(r) _____,

hier bitte ich Dich um einige Auskünfte über Dich und Deine Gesundheit. Deine Angaben interessieren mich sehr. Sie werden uns bei der Jugendgesundheitsuntersuchung eine große Hilfe sein!

Leidest Du häufig/ gelegentlich unter Beschwerden wie:

- ja Kopfschmerzen____, Müdigkeit____, Abgeschlagenheit____, Konzentrationsstörungen____, Schwindel____, Bauchschmerzen____, Rücken-/Gelenkbeschwerden____, andere Beschwerden____?
- ja Fühlst Du Dich anhaltend krank?
- ja Hast Du Schwierigkeiten z.B. beim Ballspielen, Laufen, Radfahren, Klettern, Schwimmen oder beim Turnunterricht?
- ja Hast Du Schwierigkeiten beim Öffnen von Knoten oder beim Eindrehen von Schrauben?
- ja Malst oder bastelst Du weniger gerne als Deine Altersgenossen?
- ja Ist es für Dich schwierig Figuren mit der Schere aus Papier auszuschneiden?
- ja Gibt es Probleme beim Lernen (z.B. Auswendigbehalten, Konzentration, Lesen, Rechnen, Schreiben, Anderes)? Welche Schule besuchst Du? Hauptschule Realschule Gymnasium Andere Klasse____, Durchschnittsnote_____.
- ja Versetzung gefährdet? Deine Lieblingsfächer____, Deine Problemfächer_____
- ja Gibt es Probleme mit Deinen Schulleistungen?
- nein Fühlst Du Dich in Deiner Schulklasse wohl?
- nein Kannst Du Dich leicht an Regeln halten? Bist Du großzügig, hilfsbereit?
- nein Hast Du gute gleichaltrige Freunde?
- ja Gibst Du Dich zu Hause anders als in der Schule? Gibt es Probleme mit Deiner Familie?
- ja Hast Du manchmal Hungerattacken und fällst über den Kühlschrank her? Hast Du nach dem Essen das Bedürfnis Dich zu übergeben? Übergibst Du Dich nach dem Essen?
- ja Musst Du häufig die Augen zusammenkneifen? Wiederholst Du bestimmte Bewegungen (z.B. Schulterzucken) besonders häufig? Oder hat Dir das jemand schon einmal gesagt?
- ja Wäschst Du Dir besonders häufig die Hände? Oder machst Du andere Dinge besonders häufig, so dass Dich dies im Alltag behindert?
- nein Ist Deine Stimmung überwiegend fröhlich und ausgeglichen?
- nein Hast Du genügend schulische und außerschulische Erfolge?
- nein Widmest Du Dich gestellten Aufgaben intensiv, ehrgeizig, willig?
- ja Hast Du vor etwas besondere Angst (in der Schule, zu Hause, in Deiner Freizeit)?
- ja Hast Du starke Stimmungsschwankungen? Bist Du oft/ anhaltend traurig?
- nein Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein? Welche?_____
- nein Nimmst Du regelmäßig Schilddrüsenmedikamente oder Jodtabletten ein?
- nein Rauchst Du? nein Trinkst Du Alkohol? nein Hast Du Erfahrungen mit Drogen?
- nein Treibst Du Sport? Im Verein____, Freizeit____, Sportart_____
- Was machst Du sonst gerne in Deiner Freizeit? _____
- Jugendtreffs____, Vereine____, Anderes_____
- Welche Hobbys hast Du? _____
- Fernsehgewohnheiten (____Stunden pro Tag), MP3-Player/Musikhören (____Stunden pro Tag)
- Liest Du? Bücher____, Zeitschriften____, Comics_____
- ja Gibt es Probleme mit der Ernährung (zu wenig, zu viel)?
- ja Macht Dir Dein Gewicht Sorgen(zu wenig, zu viel)?
- ja Hast Du schon einmal eine Diät gemacht? Warum? Erfolg?
- ja Hast Du besondere Essgewohnheiten (z.B. vegetarische Kost, andere)?

Pubertätsentwicklung

- Für Mädchen: Erste Regelblutung mit ____ Jahren.
Blutung regelmäßig / Unregelmäßig? Letzte Blutung am _____
- nein Für Jungen: Stimmbruch
- ja Hast Du Fragen zu den wichtigen Impfungen bei Jugendlichen (z.B. Tetanus, Diphtherie, Polio, Keuchhusten, Windpocken, Meningitis, Hepatitis B, Reiseimpfungen usw.)?
- ja Welche weiteren Fragen würdest Du gerne mit mir besprechen? _____

Vielen Dank, dass Du Dich so intensiv mit diesen Fragen beschäftigt hast! Bitte bringe diesen Bogen und Deinen Impfpass zum Untersuchungstermin mit, dies wird bei der J1 eine große Hilfe sein.