

Elternfragebogen zur Jugendgesundheitsuntersuchung J1 für die Mitnahme zum Arzt

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Ausgefüllt von: _____ am: _____

1. Familiengeschichte:

Gibt es bei Ihnen in der Familie (auch Großeltern):

	Ja	nein	Wer?
Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Stoffwechselerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Liegt eine besondere Familiensituation vor (alleinerziehend, getrennt, verwitwet, beim wem lebt das Kind?)

2. Vorgeschichte des Kindes

Gibt es in der Vorgeschichte Ihres Kindes:

Welche?

Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krankenhausaufenthalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Medikamenteneinnahme, länger als 1 Monat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bewegungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

3. Allgemeine Entwicklung

Hat ihr Kind feste Freundschaften? _____

Hat ihr Kind Hobby _____

- Hat ihr Kind feste sportliche Aktivitäten _____
- Fallen Ihnen Schlafstörung auf _____
- Nässt ihr Kind noch manchmal ein? _____
- Wurden bei Ihrem Kind alle notwendigen Impfungen durchgeführt? _____

4. Fallen Ihnen Besonderheiten auf:

- Bei sportlichen Betätigungen _____
- Bei der Geschicklichkeit (z.B. Handwerk) _____
- Beim Lernen, der Konzentration _____
- dem Schreiben oder Rechnen _____
- beim Sprechen oder beim Sprachverständnis _____
- beim Hören _____
- beim Sehen _____
- beim Umgang mit sich und anderen _____

5. Wie beurteilen Sie das soziale Umfeld Ihrer Tochter/ ihres Sohnes:

6. Hatte Ihr Kind in letzter Zeit Beschwerden?

7. Was beschäftigt Sie im Zusammenhang mit der Entwicklung Ihres Kindes? Haben Sie Sorgen?

8. Hat Ihre Tochter/ Ihr Sohn Probleme mit Nikotin, Alkohol oder Drogen?

9. Wie beurteilen Sie das soziale Umfeld Ihrer Tochter/ Ihres Sohnes?

10. Was würden Sie zusätzlich gern besprechen?
