

Diese Fragen beantworten deine Eltern

Heute klagen viele der 13- bis 15-Jährigen über Probleme am Skelettsystem. Bei etwa 15 Prozent der Teenager zeigen sich Auffälligkeiten wie Konzentrationsschwäche, Leistungsschwierigkeiten, Persönlichkeitsdefizite und Motivationsprobleme. Auch Drogenprobleme und Essstörungen beginnen oft in dieser Zeit. Die J1-Untersuchung gehört zu den kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen für Ihr Kind im Alter von 13 bis 15 Jahren. Sie soll zeigen, ob die körperliche Entwicklung in der Pubertät normal verläuft. Zudem wird auch die seelische

Situation der Heranwachsenden beleuchtet. In der Pubertät beginnen die Jugendlichen meist, sich von den Eltern zu lösen. Oft ist es besser, wenn die Jugendlichen allein zur Untersuchung kommen. Am besten fragen Sie Ihr Kind. Gerne sind wir bereit, uns mit Ihnen zu einem getrennten Gesprächstermin zu verabreden. Mit dem vorliegenden Fragebogen können Sie die Vorbereitung auf die wichtige J1-Untersuchung erleichtern und uns wesentliche Informationen vorab geben.

Name:**Geburtsdatum:****Vorname:****Datum:****Familie****Wie viele Geschwister hat Ihr Kind?** _____**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 Ihre Tochter / Ihr Sohn ein eigenes Zimmer? Ja Nein**Gibt es häufig Anlass zu Auseinandersetzungen?** Nein Ja

Anlass _____

Wie schätzen Sie das Vertrauensverhältnis zu Ihrer Tochter / Ihrem Sohn ein? _____

(Skala von 1 bis 6; 1 = starkes Vertrauen, 6 = geringes Vertrauen)

Rauchen Sie?Mutter: Ja NeinVater: Ja Nein**Gesundheit des Jugendlichen****Sind im Verlauf der Entwicklung Probleme aufgetreten?** Kleinkindalter Kindergartenalter Schulzeit Wenn ja, welche? _____**Liegen 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? Nein Ja > welche? _____**Nimmt Ihre Tochter / Ihr Sohn regelmäßig Medikamente ein?** Nein Ja > Folgende _____**Wurden bei Ihrem Kind alle erforderlichen Impfungen durchgeführt?**

Bitte unbedingt den Impfausweis mitbringen!

 Ja Nein nicht bekannt

Verhaltensauffälligkeiten

- | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|-----------------|
| Bei der Sprache | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Kommentar _____ |
| Bei der seelischen Entwicklung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Kommentar _____ |
| Im Umgang mit Anderen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Kommentar _____ |
| Schwierigkeiten in der Schule | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Kommentar _____ |
| Störungen / Schwierigkeiten beim Lernen, Konzentrationsstörungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Kommentar _____ |
| Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Kommentar _____ |
| Essstörungen, Gewichtsprobleme | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Kommentar _____ |
| Angstzustände | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Kommentar _____ |
| Seh- und / oder Hörbehinderungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Kommentar _____ |
| Probleme mit Suchtmitteln (Alkohol, Rauchen, Drogen) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Kommentar _____ |

Allgemeine Entwicklung

Hat Ihre Tochter / Ihr Sohn besondere Talente / Interessen?
 Nein Ja Folgende _____

Hat Ihre Tochter / Ihr Sohn Hobbys?
 Nein Ja Folgende _____

Ist Ihre Tochter / Ihr Sohn sportlich aktiv?
 Nein Ja Sportarten _____

Hat Ihre Tochter / Ihr Sohn gleichaltrige Freunde?
 Nein Ja

Sind Sie mit der Entwicklung Ihrer Tochter / Sohnes zufrieden? _____
(Skala von 1 bis 6; 1 = sehr, 6 = überhaupt nicht)

Sind Sie mit dem schulischen Werdegang Ihrer Tochter / Ihres Sohnes zufrieden? _____
(Skala von 1 bis 6; 1 = sehr, 6 = überhaupt nicht)

Welche Fragen würden Sie gerne mit uns besprechen?
