

J1- Eltern

Datum

Name.....Geb. Dat.

Liebe Eltern,

dieser Fragebogen soll Ihnen die Vorbereitung auf die anstehende Vorsorgeuntersuchung bei Ihrem Kind erleichtern und uns wichtige Informationen für die Untersuchung bringen.

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?	Ja	Nein	
War Ihr Kind in der Zeit seit der Einschulung wegen einer ernsthaften Erkrankung im Krankenhaus oder sonst ernsthaft krank?	Nein	Ja	Erkr
Hat es eine chronische Erkrankung ?	Nein	Ja	Chron
Nimmt es regelmäßig Medikamente ein?	Nein	Ja	Med
Hatte Ihr Kind schon Windpocken oder ist dagegen geimpft	Ja	Nein	Vari
bei Mädchen: hat die erste Monatsregel schon eingesetzt? wann: _____, Zyklus ist <input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig	Ja	Nein	Men
ist schon gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs) geimpft?	Ja	Nein	HPV
bei Jungen: Stimmbruch schon eingetreten?	Ja	Nein	Stimm
Welche Schule besucht Ihr Kind? _____ welche Klasse? _____			Schul
Geht es gerne?	Ja	Nein	
Gibt es Schwierigkeiten? <input type="radio"/> mit den Noten <input type="radio"/> mit Mitschülern <input type="radio"/> mit Lehrern	Nein	Ja	
Hat sich die Zusammensetzung Ihrer Familie geändert?	Nein	Ja	Fam
Gibt es große Sorgen in Ihrer Familie?	Nein	Ja	
Herzinfarkt oder Schlaganfall unter 40 Jahren oder bekannte Fettstoffwechselstörung in Ihrer Familie	Nein	Ja	Chol

Die nun folgenden Fragen beziehen sich auf den Zeitraum der letzten 6 Monate.

Fragen, die Sie nicht verstehen, oder nicht beantworten können, kennzeichnen Sie bitte mit einem Fragezeichen, damit wir das dann gemeinsam klären können.

stimmt stimmt nicht

Mein Kind ...

1. hat Sorgen wegen seiner Körpergröße, zu klein, zu groß.....
2. hat ständig Angst, zu dick zu werden.....
3. hat aufgrund seines Eßverhaltens mind. 7 kg abgenommen und ist untergewichtig.....
4. hat mindestens 10 kg Übergewicht.....
5. hat Migräne.....
6. hat manchmal nervöse Zuckungen (z.B. Blinzel-, Zwinker-, Räuspertic)..
7. weigert sich meistens auch tagsüber, bei Freunden/ Verwandten zu bleiben
8. kann nicht einschlafen, liegt mehr als eine Stunde wach.....
9. schläft nachts mit im Ehebett.....
10. hat einen Sprachfehler, stottert oder lispelt.....
11. hat mindestens zweimal im letzten halben Jahr das Bett oder die Hose nass gemacht.....
12. hat im letzten halben Jahr mindestens einmal eingekotet.....
13. ist aufsässiger und ungehorsamer als andere Kinder seines Alters.....
14. hat täglich einen Wutanfall.....

Bitte wenden!

Oktober 2016

stimmt stimmt nicht

- | | | |
|--|-----------------------|--------------------------|
| 15. wurde wegen seines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, einem Ausflug oder Landschulheim-Aufenthalt ausgeschlossen..... | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. schwänzt manchmal die Schule..... | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. prügelt sich häufig mit anderen Kindern..... | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. streift sich fast jeden Tag mit seinen Geschwistern – dabei ist es auch schon zu ernsten Verletzungen, Quälereien und Drohungen gekommen | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. hat starke Angst davor, zur Schule zu gehen..... | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. wird von anderen Kindern häufig geärgert, gehänselt, verprügelt..... | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. hat Angst vor anderen Kindern..... | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. hat überhaupt keinen Kontakt zu Gleichaltrigen..... | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. wechselt häufig seine Freunde..... | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. ist überängstlich, macht sich viele Sorgen um zukünftige Ereignisse (z. B. Klassenarbeiten)..... | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| - wird manchmal vor lauter Aufregung „krank“..... | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. hat panische Angst | | |
| - vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten..... | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| - vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut..... | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| - vor Dunkelheit, Blitz, Donner..... | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| - allein zu Hause zu bleiben..... | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. ist übertrieben ordentlich..... | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. wäscht sich oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind..... | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. kontrolliert bestimmte Dinge mehrmals hintereinander, innerhalb weniger Minuten nach (z. B. ob Türen, Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist)..... | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. weigert sich oft mit fremden Erwachsenen zu sprechen, auch wenn es gefragt wird..... | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. ist mindestens einmal pro Woche für mindestens drei Stunden traurig oder niedergeschlagen..... | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis..... | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. war mindestens 2 Woche traurig oder niedergeschlagen..... | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. hat schon einmal ernsthaft gesagt, daß es sich umbringen will..... | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. ist leicht ablenkbar und unkonzentriert – in der Schule..... | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| - bei den Hausaufgaben..... | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. ist sehr unruhig, zappelig kann nicht stillsitzen - in der Schule | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| - bei den Hausaufgaben | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. ist sehr unüberlegt und vorschnell beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. ist sehr unüberlegt, vorschnell, unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten im Straßenverkehr..... | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. raucht..... | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. trinkt Alkohol..... | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. macht uns Probleme, weil es oft lügt..... | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. hat mindestens fünfmal weniger wertvolle Dinge entwendet..... | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. hat schon einmal mit Absicht Dinge, die ihm nicht gehören, zerstört oder beschädigt..... | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. ist schon von zu Hause weggelaufen..... | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |

Darüber hinaus machen uns bzw. mir folgende Probleme Sorgen:

J1 – Jugendliche

Datum

Name.....Geb. Dat.

Die Jugendgesundheitsuntersuchung ist nicht nur eine Gelegenheit festzustellen, ob Du gesund bist, sie ist auch ein Angebot zum Gespräch mit uns. Alles was Du uns erzählst oder mit uns besprichst unterliegt der Schweigepflicht, d.h. niemand, auch Deine Eltern nicht, wird davon erfahren, wenn Du es nicht willst.

Bitte beantworte nun **alle** Fragen, so gut Du kannst, damit wir uns ein Bild machen können, wie es Dir geht. Überlege dabei bitte, wie es Dir im letzten halben Jahr ging.

	Stimmt nicht/kaum	stimmt eher	stimmt genau
Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt jemanden, der mir zuhört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir kommen in unserer Familie wirklich gut miteinander aus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich wohl an meiner Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Lehrer sind fair zu mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich mit den Mitschülern verbunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Ich versuche, nett zu anderen Menschen zu sein, ihre Gefühle sind mir wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft unruhig; ich kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen; mir wird oft schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich teile normalerweise mit Anderen (z. B. Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde leicht wütend; ich verliere oft meine Beherrschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin meistens für mich alleine; ich beschäftige mich lieber mit mir selber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalerweise tue ich, was man mir sagt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir häufig Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder traurig sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin dauernd in Bewegung und zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen oder mehrere gute Freunde oder Freundinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schlage mich häufig; ich kann Andere zwingen zu tun, was ich will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen; ich muss häufig weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lasse mich leicht ablenken; ich finde es schwer, mich zu konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neue Situationen machen mich nervös; ich verliere leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin nett zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer behaupten oft, dass ich lüge oder mogele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder Gleichaltrigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke nach, bevor ich handele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme Dinge, die mir nicht gehören (von zu Hause, in der Schule oder anderswo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich komme mit Erwachsenen besser aus als mit Gleichaltrigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe viele Ängste; ich fürchte mich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was ich angefangen habe, mache ich zu Ende, ich kann mich lange genug konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>