

Name des Jugendlichen: _____

Geburtsdatum: _____

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 sich die Jugendlichen meist 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 wichtige Informationen für diese Untersuchung geben.**

Familie

Hat Ihr Kind Geschwister? Wie viele? _____

Liegt eine besondere familiäre Situation vor?

Eltern getrennt? ☐ Ja ☐ Nein Elternteil verstorben? ☐ Ja ☐ NeinElternteil alleinerziehend? Kind lebt bei der ☐ Mutter/beim ☐ Vater Anmerkung: _____Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn ein eigenes Zimmer? ☐ Ja ☐ NeinGibt es häufig Anlass zu Auseinandersetzungen? ☐ Nein ☐ Ja Anlass: _____

Wie schätzen Sie das Vertrauensverhältnis zu Ihrer Tochter/Ihrem Sohn ein? _____ (Skala von 1-6; 1= starkes Vertrauen, 6= geringes Vertrauen)

Rauchen Sie? Mutter: ☐ Ja ☐ Nein Vater: ☐ 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? Wenn 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

☐ Ja ☐ Nein Kommentar: _____

Bei der seelischen Entwicklung

☐ Ja ☐ Nein Kommentar: _____

Im Umgang mit Anderen

☐ Ja ☐ Nein Kommentar: _____

Schwierigkeiten in der Schule

☐ Ja ☐ Nein Kommentar: _____

Störungen/Schwierigkeiten beim Lernen, Konzentrationsstörungen

☐ Ja ☐ Nein Kommentar: _____

Schlafstörungen

☐ Ja ☐ Nein Kommentar: _____

Essstörungen, Gewichtsprobleme

☐ Ja ☐ Nein Kommentar: _____

Angstzustände

☐ Ja ☐ Nein Kommentar: _____

Seh- und/oder Hörbehinderungen

☐ Ja ☐ Nein Kommentar: _____

Probleme mit Suchtmitteln (Alkohol, Rauchen, Drogen)

☐ Ja ☐ 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 Folgende: _____Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn gleichaltrige Freunde? ☐ Nein ☐ Ja

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

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

Welche Fragen würden Sie gerne mit uns besprechen?
