

Fragebogen zur J1 Untersuchung

Name und Geburtsdatum: _____

Bitte bringe den ausgefüllten Fragebogen sowie eine Urinprobe zum Termin mit.

Kreise die Antworten bitte ein. Deine Angaben werden vertraulich behandelt.

1. Welche Schule besuchst du? _____
2. Bist du mit deiner Schule/deinen Lehrern zufrieden? Ja Nein Geht so
3. Bist du mit deinen Leistungen zufrieden? Ja Nein Geht so
4. Fühlst du dich in deiner Schule wohl? Ja Nein Geht so
5. Fühlst du dich in deiner Klasse wohl? Ja Nein Geht so
6. Gibt es Probleme in der Schule? Ja Nein
7. Wenn ja welche? _____
8. Kommst du gut klar mit deinen Eltern? Ja Nein Geht so
9. Kommst du gut klar mit deinen Geschwistern? Ja Nein Geht so
10. Kannst du mit deinen Eltern über Probleme reden? Ja Nein Selten
11. Hast du Freunde in deinem Alter? Ja Nein
12. Kannst du mit deinen Freunden über Probleme reden? Ja Nein Selten
13. Fühlst du dich gesund? Ja Nein Geht so
14. Warum geht es dir nicht gut? _____
15. Hast du in letzter Zeit körperliche Beschwerden? Ja Nein
16. Wenn ja welche? _____
17. Sind Erkrankungen oder Allergien bekannt? Ja Nein
18. Wenn ja, welche? _____
19. Hast du Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen? Ja Nein
20. Nimmst du regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
21. Wenn ja, welche? _____
22. Hast du Ängste? Ja Nein Wenn ja, welche? _____
23. Betreibst du neben dem Schulsport Sport? Ja Nein
24. Wenn ja, welchen? _____
25. Bist du eher fröhlich traurig ruhig ausgelassen aggressiv
26. Wie zufrieden bist du mit deinem Leben? zufrieden geht so unzufrieden
27. Wie stehst du zu?
- | | | | |
|--------------|------------|-------------------|-------------------|
| - Zigaretten | nein danke | ich rauche selbst | Freunde rauchen |
| - Alkohol | nein danke | hin und wieder | häufig |
| - Drogen | nein danke | schon probiert | Freunde probieren |
28. Womit verbringst du deine Freizeit?
- Hobbys Welche? _____
- Freunde Familie Computer spielen/ Chatten Fernsehen Chillen
- Anderes _____
29. Wie zufrieden bist du mit deiner körperlichen Entwicklung, deiner Größe und deinem Gewicht?
- zufrieden geht so unzufrieden -> Warum bist du unzufrieden? _____
30. Hast du andere Fragen oder Themen, die du mit dem Arzt/der Ärztin besprechen möchtest, dann kannst du sie hier oder auf der Rückseite notieren.

Fragebogen zur J1 Untersuchung

für die Eltern von (Name und Geburtsdatum der/des Jugendlichen): _____

Kreisen Sie die Antworten bitte ein. **Die Angaben werden vertraulich behandelt.**

1. Hat Ihr Kind Geschwister? Wie viele? _____
2. Liegt eine besondere familiäre Situation vor?

- Eltern getrennt?	Ja	Nein	Elternteil verstorben?	Ja	Nein
- Elternteil alleinerziehend?	Ja	Nein	Kind lebt bei	der Mutter / beim Vater	
3. Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter ein eigenes Zimmer? Ja Nein
4. Gibt es häufig Anlass zu Auseinandersetzungen? Ja Nein
 - Wenn ja, welche? _____
5. Wie schätzen Sie das Vertrauensverhältnis zu Ihrem Sohn/ Ihrer Tochter ein? ____ (Skala von 1-6, 1=starkes Vertrauen, 6=geringes Vertrauen)
6. Rauchen Sie? Mutter: Ja Nein Vater: Ja Nein
7. Sind im Verlauf der Entwicklung Probleme aufgetreten?

- im Kleinkindalter	- im Kindergartenalter	- im Schulalter
---------------------	------------------------	-----------------
8. Wenn ja, welche? _____
9. Liegen bekannte Erkrankungen/Behinderungen vor?

- beim Kind	- bei den Eltern	- bei den Geschwistern	- bei den Großeltern
-------------	------------------	------------------------	----------------------
10. Wenn ja, welche? _____
11. Gab es bei Ihrem Kind bisher Operationen? Ja Nein
12. Wenn ja, welche? _____
13. Nimmt Ihr Sohn/Ihre Tochter regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
14. Wenn ja, welche? _____
15. Wurden bei Ihrem Kind alle erforderlichen Impfungen durchgeführt?

Ja	Nein	Nicht bekannt -> bitte das Impfbuch mitbringen
----	------	------------------------------------------------
16. Gibt es Verhaltensauffälligkeiten in Bezug auf

- Sprache?	Ja	Nein
- Schlafverhalten?	Ja	Nein
- Essverhalten?	Ja	Nein
- die seelische Entwicklung?	Ja	Nein
- Umgang mit Anderen?	Ja	Nein
- Schwierigkeiten mit der Schule?	Ja	Nein
- Lernen/ Konzentration?	Ja	Nein
- Ängsten?	Ja	Nein
- Seh- oder Hörbehinderungen?	Ja	Nein
- Suchtmitteln(Alkohol, Rauchen, Drogen)?	Ja	Nein
17. Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter besondere Talente/Interessen? Ja Nein
18. Wenn ja, welche? _____
19. Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter Hobbys? Ja Nein
20. Wenn ja, welche? _____
21. Ist Ihr Sohn/Ihre Tochter sportlich aktiv? Ja Nein
22. Wenn ja, welche? _____
23. Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter gleichaltrige Freunde? Ja Nein
24. Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? Ja Nein
25. Sind Sie mit dem schulischen Werdegang Ihres Kindes zufrieden? Ja Nein
26. Weitere Fragen oder Themen, die Sie mit dem Arzt/ der Ärztin besprechen möchten, können sie hier oder auf der Rückseite notieren.