

Elternfragebogen zur Jugendgesundheitsuntersuchung J1 für die Mitnahme zum Arzt

1. Vorgeschichte Familie

Gibt es bei Ihnen in der Familie -
einschließlich Großeltern -

| | Ja | Nein | Wer? |
|---|-----------------------|-----------------------|-------|
| • Zuckerkrankheit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| • Allergien | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| • Herzinfarkte | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| • Schlaganfälle | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| • Stoffwechsel- erkrankungen (insbesondere Fettstoffwechsel- störungen) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| • Asthma | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| • Anfallsleiden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| • Krebserkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| • Anderes: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |

2. Entwicklung Ihres Kindes

Gibt es in der Vorgeschichte Ihres
Sohnes/Ihrer Tochter

| | Ja | Nein | Bemerkungen |
|---|-----------------------|-----------------------|-------------|
| • Operationen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| • Stationäre Krankenhaus- aufenthalte | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| • Medikamenten- einnahme länger als einen Monat | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| • Allergien | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| • Asthma | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| • Kreislaufstörungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| • Schmerzen mit unklarer Ursache | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| • Bewegungs- störungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| • Anderes: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |

3. Beschwerden in der letzten Zeit:

4. Was beschäftigt Sie im Zusammenhang mit der Entwicklung Ihres/Ihrer Sohnes/Tochter?

5. Fallen Ihnen Besonderheiten auf:

| | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| • z.B. bei sportlichen Betätigungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • bei handwerklichen oder künstlerischen Tätigkeiten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • beim Lernen, der Konzentration, dem Schreiben oder Rechnen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • in der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • beim Sprachverständnis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • im Umgang mit sich und anderen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • beim Sehen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • beim Hören | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

6. Allgemeine Entwicklung:

| | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| • macht Ihr/e Sohn/Tochter in der Schule mit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • macht Ihr/e Sohn/Tochter zu Hause beim Spiel mit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • hat Ihr/e Sohn/Tochter feste Freundschaften | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • hat Ihr/e Sohn/Tochter Hobbys | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • hat Ihr/e Sohn/Tochter feste sportliche Aktivitäten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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

8. Was würden Sie zusätzlich gerne besprechen:

*Vielen Dank für die Beantwortung dieser
Fragen.*