

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  Nein

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 1-6; 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?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_