



Jugendgesundheitsuntersuchung

Fragen an die Eltern

Leidet oder litt Ihr Kind oder ein anderes Familienmitglied an einer der folgenden Störungen/Erkrankungen:

Kind	Familien-		
Ja/	Mitglied		
Nein	Ja/		
<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Allergien, Asthma, Heuschnupfen, Ekzem, Atemnot in Ruhe/ bei Belastung, Schmerzen (z.B. Kopf (Migräne), Bauch, Rücken, Hüfte, Knie – wenn ja, wo _____?)
			Tägl., 1x/Wo, 1x/Monat, tags, nachts, nach Belastung?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Herzinfarkte? Kreislauf- oder Fettstoffwechselstörungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Gehäufte oder länger dauernde Infektionen?/ Chronische Krankheiten?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Seh- oder Hörbehinderungen, Schielen?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Bluthochdruck, Nierenkrankheiten, Übergewicht, Blutkrankheiten
			Schilddrüsenerkrankungen?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Krampfanfälle z.B. Fieberkrämpfe? Seelische Leiden?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			körperliche Behinderungen z.B. des Bewegungssystems o.a.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			mussten Therapien bei Ihrem Kind durchgeführt werden
			(Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie, Psychotherapie o.a.)?

Sind Ihnen bei Ihrem Kind aufgefallen:

Ja/	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Störungen der seelischen Entwicklung/ Verhaltensauffälligkeiten?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist Ihr Kind tags und/ oder nachts noch nicht sauber (Stuhl und/ oder Urin)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bestehen ausgeprägte Ein- oder Durchschlafstörungen?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gibt es Probleme mit dem Essen (zu wenig/ zu viel)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hat Ihr Kind häufig Streitereien mit anderen Kindern oder Erwachsenen, die Ihnen Sorge bereiten?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist es aggressiv? Hat es starke Stimmungsschwankungen?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hat Ihr Kind besonders viel Angst? Wann, vovor, vor wem? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie emotionale Störungen (z.B. Depressionen, ausgeprägtes, anhaltendes Traurigsein) beobachtet?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spielt/ kooperiert Ihr Kind nicht/ nur ungern mit Gleichaltrigen?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist Ihr Kind in einer Gruppe Gleichaltriger integriert?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren, ist es motorisch überaktiv oder ungeschickt?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fehlt Ihrem Kind beim Lernen/ Spielen Ausdauer, Aufmerksamkeit und/ oder Konzentration?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist der Impfschutz Ihres Kindes unvollständig?
		Bitte bringen Sie (auch Ihre eigenen) Impfunterlagen/ Impfpässe zur Untersuchung mit!
		Gerne informiere ich Sie zu wichtigen Impfungen für Jugendliche (z.B. gegen Tetanus,



Diphtherie, Polio, Keuchhusten, Windpocken, Meningitis, Hepatitis B, Reiseimpfungen...)
 Erhält Ihr Kind regelmäßig Jod-Tabletten oder Schilddrüsen-Hormone?

Familienumfeld:

Beruf der Mutter: _____

Ja/ Nein

- Scheidung
 gibt es Probleme innerhalb/ mit der Familie
 Mutter Raucherin

Beruf des Vaters: _____

Ja/ Nein

- Alleinerziehend
 Vater Raucher

Schulische Entwicklung:

Ja/ Nein

- Macht Ihnen der schulische Werdegang Ihres Kindes Sorgen?
 Sind Sie mit den schulischen Leistungen insgesamt nicht zufrieden?
 Gibt es Schwierigkeiten mit Lehrern/ Mitschülern? Welche? _____

 Andere Probleme in der Schule? (z.B. Lesen, Schreiben, Rechnen, Hausaufgaben, Über-, Unterforderung, Konzentration, motorische Unruhe, Verhalten, Gewalt, Alkohol, Rauchen, Drogen?)

Gesundheitsverhalten:

Ja/ Nein

- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein (auch welche, die nicht verordnet wurden)?
 Raucht es _____, trinkt es Alkohol _____, konsumiert es Drogen _____?

Seelische Entwicklung/ Verhalten:

Ja/ Nein

- Gibt Ihnen die Entwicklung oder das Verhalten Ihres Kindes Anlass zur Sorge?
(Familie, Ernährung, Freizeit, Stellung im Freundeskreis, Hobbys, körperliche, geistige, psychische und sexuelle Reife, seelische/ emotionale Ausgeglichenheit, Anderes?)
Wenn ja, was genau? _____
