Kinderarzt Leinfelden

Praxis für Kinder- und Jugendmedizin Dr. med. Jan Maier • Dr. med. Kerstin Kunkel-Meierhenrich •Geranienstr. 11 • 70771 Leinfelden-Echterdingen

Name: (Jugendlicher) ..... **Vorname:** ..... **Geb.:** .....

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 Motiviationsprobleme. Auch Drogenprobleme und Essstörungen beginnen oft in dieser Zeit. Die **J1-Untersuchung** gehört zu den **kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen** für Ihr Kind von 13 bis 15 Jahren. Sie soll zeigen, ob die körperliche Entwicklung in der Pupertät normal verläuft. Zudem wird auch die seelische Situation der Heranwachsenden beleuchtet. In der Pupertät beginnen die Jugendliche meist, sich von den Eltern zu lösen. Oft ist es besser, wenn die Jugendliche allein zur Untersuchung kommen. Am besten Sie fragen Ihr Kind. Gerne sind wir bereit, uns mit Ihnen zu einem getrennten Gespräch zu verabreden. **Mit dem vorliegenden Fragebogen können Sie die Vorbereitung auf die wichtige J2-Untersuchung erleichtern und uns wesentliche Informationen für diese Untersuchung geben**.

Familie

Zutreffendes bitte ankreuzen

Hat Ihr Kind Geschwister? ☐ Nein ☐ Ja Wie viele? .....

Liegt eine besondere familiäre Situation vor? Eltern getrennt? ☐ Ja ☐ Nein Ist ein Elternteil verstorben? ☐ Ja ☐ Nein

Ist ein 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 bis 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

Verhaltensauffäligkeiten

Bei der Sprache
☐ Ja ☐ Nein Kommentar: .....

Schlafstörungen
☐ Ja ☐ Nein Kommentar: .....

Bei der seelischen Entwicklung
☐ Ja ☐ Nein Kommentar: .....

Essstörungen, Gewichtsprobleme
☐ Ja ☐ Nein Kommentar: .....

Im Umgang mit Anderen
☐ Ja ☐ Nein Kommentar: .....

Angstzustände
☐ Ja ☐ Nein Kommentar: .....

Schwierigkeiten in der Schule
☐ Ja ☐ Nein Kommentar: .....

Seh- und/oder Hörbehinderungen
☐ Ja ☐ Nein Kommentar: .....

Störungen/Schwierigkeiten beim Lernen, Konzentrationsstörungen
☐ 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 **Hobbies?** ☐ Nein ☐ Ja Folgende: .....

Ist Ihre Tochter / Ihr Sohn **sportlich aktiv?** ☐ Nein ☐ Ja Sportarten: .....

Hat Ihre Tochter / Ihr Sohn **gleichaltrige Freunde?** ☐ Nein ☐ Ja

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

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

Welche Fragen würden Sie gerne mit uns besprechen?.....

.....