FRAGEBOGEN Jugendgesundheitsuntersuchung J1

PROF. DR. MED UWE MELLIES
PRAXIS FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN
KINDERPNEUMOLOGIE & SCHLAFMEDIZIN

Fragen an die Eltern

Name der/des Jugendlichen:.....

Liebe Eltern,

auf dieser Seite des Fragebogens bitte ich Sie um wichtige Angaben zu Ihrem jugendlichen Kind. Diese Fragen sollen Ihnen die Vorbereitung auf die Jugendgesundheitsuntersuchung erleichtern und mir wichtige Informationen bringen. Bitte bringen Sie den Bogen zur Untersuchung mit. Gerne spreche ich mit Ihnen ausführlich über alle Punkte, die Sie besonders interessieren, bzw. Ihnen Sorgen bereiten.

● GESUNDHEITSSTÖRUNGEN

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

- ***Allergien, Asthma, Heuschnupfen, Ekzem, Atemnot*** *in Ruhe/bei Belastung?* ja ❐
- ***Schmerzen*** *(z.B. Kopf (Migräne), Bauch, Rücken, Hüfte, Knie);* ja ❐
  wenn ja - wo:.....? tägl, 1x/Wo, 1x/Monat, tags, nachts, n.Belastung?
- ***Herzinfarkte? Kreislauf- oder Fettstoffwechselstörungen*** *(Cholesterin)?* ja ❐
- *Gehäufte oder länger dauernde* ***Infektionen****?/****Chronische Krankheiten****?* ja ❐
- ***Seh- oder Hörbehinderungen, Schielen****?* ***Schilddrüsenerkrankungen****?* ja ❐
- ***Bluthochdruck, Nierenkrankheiten, Übergewicht, Blutkrankheiten****?* ja ❐
- ***Krampfanfälle*** *z.B Fieberkrämpfe,* ***seelische Leiden****?* ja ❐
- ***körperliche Behinderungen*** *z.B. des Bewegungssystems o.a.* ja ❐
- *Mußten* ***Therapien*** *durchgeführt werden (KG, Logopädie, Ergotherapie und Psychotherapie o.a.)?* ja ❐
- *Gab es Probleme während der* ***Schwangerschaft*** *oder* ***Geburt****?* ja ❐
- ***Laufenlernen, Sprachentwicklung, Kindergartenbesuch*** *mit Problemen?* ja ❐
- *Hat Ihr Kind seit der letzten Vorsorgeuntersuchung* ***entwicklungsgefährdende Erkrankungen*** *oder* ***Operationen*** *durchgemacht? Welche: .....* ja ❐

● Sind Ihnen bei Ihrem Kind aufgefallen:
STÖRUNGEN DER SEELISCHEN ENTWICKLUNG/VERHALTENSAUFFÄLLIGKEITEN?

- *Ist Ihr Kind tags und/oder nachts* ***noch nicht sauber*** *(Stuhl und Urin)?* ja ❐
- *Bestehen ausgeprägte* ***Ein-*** *oder* ***Durchschlafstörungen****?* ja ❐
- *Hat Ihr Kind häufig* ***Streitereien*** *mit anderen Kindern oder Erwachsenen, die Ihnen Sorge bereiten?*
  Ist es zu ***aggressiv****?* ja ❐
- *Hat Ihr Kind besonders viel* ***Angst****? Wann, wovor, vor wem?* ja ❐
- *Haben Sie* ***emotionale Störungen*** *z.B. Depressionen) beobachtet?* ja ❐
- ***Spielt*** *Ihr Kind nicht/nur ungern* ***mit Gleichaltrigen****?* ja ❐
- *Kann sich Ihr Kind* ***schlecht konzentrieren****, ist es* ***motorisch überaktiv****?* ja ❐
- *Fehlt Ihrem Kind beim Lernen/Spielen* ***Ausdauer*** *oder* ***Aufmerksamkeit****?* ja ❐

● Ist der **IMPFSCHUTZ** Ihres Kindes unvollständig? ja ❐
Bitte bringen Sie alle Impfunterlagen/Impfpässe zur Untersuchung mit!

● Erhält Ihr Kind regelmäßig **JOD-TABLETTEN** oder **SCHILDDRÜSEN-HORMONE**? nein ❐

● FAMILIENUMFELD

Beruf der Mutter..... *Beruf des Vaters.....*

Alleinerziehend ja ❐ *Scheidung* ja ❐

Mutter Raucherin ja ❐ *Vater Raucher* ja ❐

Wohnungsgröße .....m² *Zimmerzahl* *Kein eigenes Zimmer* ja ❐

● SCHULISCHE ENTWICKLUNG

- *Macht Ihnen der* ***schulischen Werdegang Ihres Kindes*** *Sorgen?* ja ❐
- *Sind Sie mit den* ***schulischen Leistungen*** *insgesamt nicht zufrieden?* ja ❐
- *Schwierigkeiten mit* ***Lehrern****? Welche? .....* ja ❐
- *Andere* ***Probleme i.d. Schule****? (z.B. Gewalt, Alkohol, Drogen, Hausaufgaben, Über/Unterforderung, Konzentration, motorische Unruhe, Verhalten?)* ja ❐

● GESUNDHEITSVERHALTEN

- *Nimmt Ihr Kind regelmäßig* ***Medikamente*** *ein, die nicht verordnet wurden?* ja ❐
- *Konsumiert es* ***Nikotin****.....,* ***Alkohol****.....,* ***Drogen****.....?* ja ❐

● SEELISCHE ENTWICKLUNG/ VERHALTEN

- *Gibt Ihnen die* ***Entwicklung oder das Verhalten Ihres Kindes*** *Anlaß zur Sorge? (Familie, Ernährung, Freizeit, Stellung im Freundeskreis, Hobbys, körperlicher, geistiger, psychischer und sexueller Reifungsstand?)* ja ❐
  Wenn ja, welche:.....