

Jugendgesundheitsuntersuchung Fragebogen für die Eltern und Jugendlichen

Liebe Eltern,

dieser Fragebogen soll Ihnen die Vorbereitung auf die wichtige letzte Gesundheitsuntersuchung bei Ihrem Kind erleichtern und uns wichtige Informationen für diese Untersuchung bringen. Schauen Sie sich die Fragen mit Ihrem Kind zusammen an. Keine Angst, Sie brauchen nicht alle Fragen einzeln zu beantworten. Bitte kreuzen Sie nur die Fragen an, bei denen Sie Auffälligkeiten bei Ihrem Kind vermuten. Bitte bringen Sie den Bogen zur Untersuchung mit, damit wir ausführlich über diese Punkte sprechen können.

- **Hatte Ihr Kind schon die Windpocken?** ja

- **Gibt Ihnen die Entwicklung oder das Verhalten Ihres Kindes Anlaß zur Sorge?** ja
 (Zusammenleben in der Familie, Stellung im Freundeskreis, Hobbys, körperlicher, geistiger, psychischer und sexueller Reifungsstand?) Wenn ja, welche? _____

- **Sind Sie mit dem schulischen Werdegang Ihres Kindes zufrieden?** nein
 Auf welche **Schule** geht Ihr Kind? Typ? _____ Klasse? _____
 Sind Sie mit den **schulischen Leistungen** insgesamt zufrieden? nein
 Welche **Fächer** bereiten Ihrem Kind Freude/Probleme? _____
 Schwierigkeiten mit **Lehrern**? Welche? _____ ja
Andere Probleme in der Schule? (z.B. Gewalt, Alkohol, Drogen, Hausaufgaben, Über-/Unterforderung, Konzentration, motorische Unruhe, Verhalten?) ja

- **Leidet oder litt Ihr Kind oder ein anderes Familienmitglied an einer an einer der folgenden Störungen/Erkrankungen:**
 - **Krampfanfälle** (z.B. Absencen) oder Fieberkrämpfe? ja
 - Gehäufte oder länger dauernde **Infektionen / chronische Krankheiten**? ja
 - **Allergien, Asthma, Heuschnupfen, Ekzem, Atemnot** in Ruhe bei Belastung? ja
 - **Schmerzen** (z.B. Kopf [Migräne], Bauch, Rücken, Hüfte, Knie) ja
 wenn ja - wo? _____
 - täglich ___ mal/Woche ___ mal/Monat tags nachts nur unter Belastung
 - **Herzinfarkte? Kreislauf- oder Fettstoffwechsel-Störungen** (Cholesterin)? ja

- **Hat Ihr Kind seit der letzten Vorsorgeuntersuchung entwicklungsgefährdende Erkrankungen oder Operationen durchgemacht?** Welche? _____ ja

- Sind Ihnen bei Ihrem Kind aufgefallen:**

- **Störungen der Sprache / des Sprechens** ja
 - **Sprachstörungen**, z.B. deutliche Fehler der Grammatik und/oder der Satzbildung? ja
 Ist die Sprache gewandt, ausdrucksreich und sicher? nein
 - **Störungen der Aussprache**, z.B. Stottern, Stammeln? ja
 - **Störungen des Sprachverständnisses**? ja

- **Störungen der seelischen Entwicklung / Verhaltensauffälligkeiten?** ja
 - Ist Ihr Kind tags und nachts **sicher sauber** (Stuhl/Urin)? nein
 - 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 die **Ausdauer**? ja

- **Störungen der Grobmotorik** ja
Haben Sie den Eindruck, daß Ihr Kind z.B. beim Ballspielen, Laufen, Radfahren, Klettern, Schwimmen oder beim Turnunterricht **mehr Schwierigkeiten** hat, weniger geschickt ist als Gleichaltrige? ja
- **Störungen der Feinmotorik** ja
Malt Ihr Kind **ungern**? **Bastelt** es **weniger gern** und ausdauernd als Altersgenossen?
Ist es **ungeschickt** beim **Schreiben**, beim **Werken**? ja
- **Störungen beim Lernen** ja
Auswendigbehalten, Konzentration, Lesen, Rechnen, Schreiben? ja
- **Sehbehinderungen** ja
 - Interessiert es sich für das **Fernsehen** nur, wenn es **nahe davor** steht? ja
 - **Schließt** Ihr Kind, z.B. wenn es müde ist? ja
 - Können Sie bei Ihrem Kind beobachten: Regelmäßig eingenommene **Kopfschief- oder Zwangshaltungen, Lichtscheu, vermehrtes Blinzeln oder Tränenlaufen, Auggreifen oder Augbohren, Zukneifen** eines oder beider Augen (z.B. bei genauem Fixieren), **Lidspalten-Differenz**, häufige **Lidrandentzündungen, Kopfschmerzen** nach der Schule? ja
 - Kann Ihr Kind **schlecht erkennen**, was auf die Tafel geschrieben wird? ja
- **Hörbehinderungen** ja
 - **Spricht** Ihr Kind häufig auffallend **laut**? ja
 - Versteht Ihr Kind **leise gesprochene Aufforderungen** nicht oder falsch, wenn es Ihnen nicht auf den Mund sehen kann? ja
 - Interessiert sich Ihr Kind für **Radio und Fernseher** nur, wenn diese auf **große Lautstärke** gestellt sind? ja
 - Versteht Ihr Kind oft nicht, was der **Lehrer sagt**? Muß es **mehrfach angesprochen** werden? Läßt seine **Konzentration rasch nach**? ja
 - Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit dem **Hören in lauter Umgebung**? ja
- **Fragen zur allgemeinen Entwicklung**
 - **Kooperiert** Ihr Kind im Spiel / in der Schule **mit anderen Kindern**? nein
 - Ist Ihr Kind in seine **Schulklasse integriert**? nein
 - Kann sich Ihr Kind an **Regeln** halten? Ist es **großzügig, hilfsbereit**? nein
 - Hat Ihr Kind **gleichaltrige Freunde** (seine "Bande")? nein
 - Bestehen erhebliche **Unterschiede im Verhalten** zu Hause in der Schule? ja
 - Gibt es **Eßstörungen, Tics** oder **Zwänge** bei Ihrem Kind? ja
 - Ist die **Stimmung** überwiegend fröhlich ausgeglichen schlecht gelaunt? nein
 - Hat Ihr Kind genügend schulische / außerschulische **Erfolge**? nein
 - Widmet sich Ihr Kind gestellten **Aufgaben** intensiv, ehrgeizig, willig? nein
 - Welche **Interessen, Hobbys** hat Ihr Kind? _____
 - **Fernsehgewohnheiten:** ___ Stunden pro Tag ___ Stunden am Wochenende
 - Findet Ihr Kind **immer Beschäftigung** oder **langweilt** es sich häufig?
 - Welche **Medikamente** nimmt Ihr Kind regelmäßig ein? _____
 - **Jod-Prophylaxe?** nein
 - Werden **Nikotin, Alkohol** oder **Drogen** konsumiert? ja
 - Pubertätsentwicklung: **Menarche** mit ___ Jahren **Menses** regelmäßig unregelmäßig?
 - **Letzte Blutung**, wann? _____ **Sexualprobleme?**
- **Welche Fragen würden Sie gerne mit mir besprechen?**

Bringen Sie bitte diesen Bogen, den Impfausweis, das Vorsorgeheft und eine Urinprobe (z.B. in sauberem Marmeladegläschen) zur Jugendgesundheitsuntersuchung mit.