

Elternfragebogen zur Jugendgesundheitsuntersuchung J1 für die Mitnahme zum Arzt

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

ausgefüllt von:

am:

1. Familienvorgeschichte

Gibt es bei Ihnen in der Familie (auch Großeltern):

ja nein Wer?

Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Stoffwechselkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anderes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	was? _____

2. Vorgeschichte des Kindes

Gibt es in der Vorgeschichte Ihres Kindes:

ja nein Bemerkungen

Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krankenhausaufenthalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Medikamenteneinnahme länger als 1 Monat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kreislaufstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schmerzen mit unklarer Ursache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bewegungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anderes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	was? _____

3. Beschwerden in der letzten Zeit:

4. Was beschäftigt Sie im Zusammenhang mit der Entwicklung Ihres Kindes? Haben Sie Sorgen?

5. Fallen Ihnen Besonderheiten auf:

ja nein

bei sportlichen Betätigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei der Geschicklichkeit (z.B. Handwerk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Lernen, der Konzentration, dem Schreiben oder Rechnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Sprechen oder beim Sprachverständnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Umgang mit sich und anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Allgemeine Entwicklung:

ja nein

Hat Ihr Kind feste Freundschaften?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Hobbys?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind feste sportliche Aktivitäten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fallen Ihnen Schlafstörungen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Essstörungen, Zwänge oder Tics?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nässt Ihr Kind noch manchmal ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wie beurteilen Sie das soziale Umfeld Ihrer Tochter/ Ihres Sohnes:

8. Was würden Sie zusätzlich gern besprechen?

Vielen Dank für die Beantwortung dieser Fragen!