



**Elternfragebogen zur
Jugendgesundheitsuntersuchung
J1 für die Mitnahme zum Arzt**

Name der/des Jugendlichen: _____

Geburtsdatum: _____

1. Vorgeschichte Familie

Gibt es bei Ihnen in der Familie -
einschließlich Großeltern -

	Ja	Nein	Wer?
Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Herzinfarkte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Schlaganfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Stoffwechsel- erkrankungen (insbesondere Fettstoffwechsel- störungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Anfallsleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Krebserkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Anderes:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

2. Entwicklung Ihres Kindes

Gibt es in der Vorgeschichte
Ihres Sohnes/Ihrer Tochter

	Ja	Nein	Bemerkung
Operationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Stationäre Krankenhausaufenthalte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Medikamenten- einnahme länger als einen Monat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Kreislaufstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Schmerzen mit unklarer Ursache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Bewegungs- störungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Anderes:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

3. Beschwerden in der letzten Zeit:

**4. Was beschäftigt Sie im Zusammenhang
mit der Entwicklung Ihres/Ihrer
Sohnes/Tochter?**

5. Fallen Ihnen Besonderheiten auf:

	Ja	Nein
z.B. bei sportlichen Betätigungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bei handwerklichen oder künstlerischen Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beim Lernen, der Konzentration, dem Schreiben oder Rechnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
in der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beim Sprachverständnis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
im Umgang mit sich und anderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beim Sehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beim Hören	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Allgemeine Entwicklung:

	Ja	Nein
macht Ihr/e Sohn/Tochter in der Schule mit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
macht Ihr/e Sohn/Tochter zu Hause beim Spiel mit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hat Ihr/e Sohn/Tochter feste Freundschaften	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hat Ihr/e Sohn/Tochter Hobbys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hat Ihr/e Sohn/Tochter feste sportliche Aktivitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

8. Was würden Sie zusätzlich gerne besprechen:

Vielen Dank für die Beantwortung dieser Fragen.