

Elternfragebogen zur Jugendgesundheitsuntersuchung J1 für die Mitnahme zum Arzt

1. Vorgeschichte Familie

Gibt es bei Ihnen in der Familie -
einschließlich Großeltern -

	Ja	Nein	Wer?
• Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Herzinfarkte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Schlaganfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Stoffwechsel- erkrankungen (insbesondere Fettstoffwechsel- störungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Asthma	<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"/>	_____

2. Entwicklung Ihres Kindes

Gibt es in der Vorgeschichte Ihres
Sohnes/Ihrer Tochter

	Ja	Nein	Bemerkungen
• Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Stationäre Krankenhaus- aufenthalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Medikamenten- einnahme länger als einen 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"/>	_____
• Bewegungs- störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Anderes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• bei handwerklichen oder künstlerischen Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• beim Lernen, der Konzentration, dem Schreiben oder Rechnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• in der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• beim Sprachverständnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Umgang mit sich und anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• beim Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• beim Hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Allgemeine Entwicklung:

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

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.*