

Liebe Eltern am _____ um _____ Uhr haben Sie mit Ihrer Tochter / Ihrem Sohn
 _____ geb. _____ einen Termin zur **Vorsorgeuntersuchung J1** bei uns.

Die Jugenduntersuchung J1 ist die letzte regelhafte große Untersuchung im Rahmen des mit der Geburt beginnenden kinder- und jugendärztlichen Vorsorgeprogramms, viele Jugendliche hatten die letzte Untersuchung dieser Art mit 5 Jahren (U9). Ich freue mich, dass Sie und Ihre Tochter/Ihr Sohn die Gelegenheit zu einem gründlichen „Gesundheits-Check“ wahrnehmen wollen. Gerade in Deinem Alter fallen immer wieder Fragen und Probleme an, die bei den „Kindervorsorgen“ noch keine Rolle gespielt haben. Die Jugendlichen selbst beeinflussen entscheidend den Ablauf und die Themen dieser Untersuchung. Daher haben wir zwei Fragebögen vorbereitet – einen für Dich und einen für Deine Mutter/Deinen Vater, um möglichst alle Fragen in der uns zur Verfügung stehenden Zeit (ca. 30 Min.) gerecht werden zu können.

Zum praktischen Ablauf: Erst wird Ihre Tochter / Ihr Sohn „vermessen“ (Länge, Gewicht, Blutdruck), dann führt die Helferin einen Hör- und Sehtest durch und bittet, eine Urinprobe abzugeben, anschließend kommen Sie zu mir. Ich führe gern zunächst ein Gespräch mit der Patientin/dem Patienten und den Eltern, wobei ich auch den Impfstatus überprüfe (Impfausweis nicht vergessen!), gern überprüfe ich bei der Gelegenheit auch Ihren Impfstatus, wenn Sie das möchten. Mit Rücksicht auf das in diesem Alter bereits ausgeprägte Schamgefühl, bitte ich die Eltern, bei der körperlichen Untersuchung, den Raum zu verlassen. Das gibt den Jugendlichen auch die Gelegenheit, als „peinlich“ empfundene Dinge unter 4 Augen mit mir zu besprechen.

Anschließend besprechen Ihre Tochter / Ihr Sohn und ich zusammen das Wichtigste mit Ihnen.

Schule und Freizeit:

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn ausreichend Kontakt zu Gleichaltrigen, hat sie/er Freunde ja nein
 Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn Hobbies (Kunst, Musik, Sport) außerhalb der Schule? ja nein

wenn ja, welche? _____

Ist Ihre Tochter/Ihr Sohn körperlich / sportlich gut belastbar? ja nein

Schläft Ihre Tochter/Ihr Sohn ausreichend? _____ Stunden / Nacht ja nein

Sind Sie mit der Entwicklung Ihrer Tochter / Ihres Sohnes zufrieden? ja nein

Wenn nein, warum nicht? _____

Wie lange liest Ihr Kind am Tag Bücher oder Zeitung/Zeitschriften? gar nicht weniger als ½ Stunde
 ½ -2 Stunden mehr als 2 Stunden
 auch von alleine nur wenn Sie es auffordern

Wie lange schaut Ihr Kind fernsehen am Tag oder beschäftigt sich am Computer? gar nicht weniger als ½ Stunde
 1-3 Stunden mehr als 3 Stunden

Kommt Ihre Tochter/Ihr Sohn in der Schule gut zurecht? ja nein

Welche Schule besucht sie/er? _____ Klasse Förderschule Hauptschule Realschule
 Gymnasium Gesamtschule Waldorfschule andere: _____

Welche Fächer machen ihr/ihm besonders Spaß? _____

Welche Fächer bereiten ihr/ihm Schwierigkeiten? _____

Gibt es Probleme mit Lehrern oder Mitschülern? Wenn ja, welche? _____ nein ja

Gibt es andere Probleme? (Alkohol?, Drogen?, Gewalt?) nein ja

Wenn ja, welche? _____

Hat Ihre Tochter / Ihr Sohn Probleme, sich zu konzentrieren? nein ja

Kommt Ihnen Ihre Tochter/Ihr Sohn auffällig ängstlich vor? nein ja

Kommt Ihnen Ihre Tochter/Ihr Sohn auffällig aggressiv vor? nein ja

Kommt sie/er Ihnen oft niedergeschlagen und zurückgezogen vor? nein ja

Ist Ihre Tochter/Ihr Sohn schon einmal von zuhause weggelaufen? nein ja

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn schon einmal etwas genommen, was nicht ihm gehört (geklaut) nein nein

Wenn ja: Geld? Sachgegenstand? zuhause?

in der Schule, im Hort, Sportverein? bei Freunden? Wert ca. _____ €

- Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn mehr als 2 Mal im letzten halben Jahr eingenässt nein ja
Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn mehr als 1 Mal im letzten halben Jahr eingekotet nein ja
Ist Ihre Tochter/Ihr Sohn gelegentlich ohne Kontakt zur Umwelt, starrt ins Leere, reagiert nicht nein ja
Hat Ihre Tochter / Ihr Sohn Probleme beim Sport? (Ballspielen, Radfahren, Klettern, Schwimmen etc.), fällt ihr/ihm der Schulsport schwerer, als anderen? nein ja
Hast er/sie Probleme beim Schreiben/Basteln? Verkrampft sich die Hand? nein ja

Ernährung und Gesundheit:

- Erscheint Ihnen das Essverhalten Ihrer Tochter/Ihres Sohnes auffällig? nein ja
Wenn ja, in wie fern? _____
Bereitet Ihnen ihr/sein Gewicht oder die Gewichtsentwicklung Sorgen? nein ja
Wenn ja, in wie fern? _____
Hat sie/er Probleme mit Wasserlassen oder Stuhlgang (Verstopfung, Bettnässen etc.) nein ja
Wenn ja, welche? _____
Ist Ihnen bei Ihr/Ihm eine Sprachstörung aufgefallen (Lispeln/Stottern) nein ja
Hat sie/er chronische Erkrankungen / Beschwerden / Schmerzen? ja ja
Wenn ja, welche? _____
Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Tochter/Ihr Sohn schlecht sieht? nein ja
Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Tochter/Ihr Sohn schlecht hört? nein ja
Nimmt sie/er regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____ nein ja
Nimmt sie/er Nahrungsergänzungsmittel (z.B. Jodid, Vitamine etc.) ein? nein ja
Wenn ja, welche? _____
Waren Sie mit ihr/ihm in der letzten Zeit bei Spezialärzten (Augenarzt, HNO Arzt, Orthopäde etc.)? nein ja
Wenn ja, welche: _____
Hatte sie/er in letzter Zeit eine schwere Erkrankung oder einen schwereren Unfall? nein ja
Wenn ja, was? _____
Raucht Ihre Tochter/Ihr Sohn? Wenn ja, wie viel? _____ Zig/Tag vielleicht nein ja
Nimmt Ihre Tochter/Ihr Sohn Drogen? vielleicht nein ja
Wenn ja, was (vermutlich) wie oft und wie viel? _____

Familie:

- Hat(te) jemand in der Familie eine schwerwiegende Erkrankung, z.B.:
Krampfanfälle (wer, wann): _____ nein ja
Allergien (Asthma, Heuschnupfen, Nesselsucht, Neurodermitis) (wer, was?): _____ nein ja
chronische Schmerzen (Kopfschmerzen/Migräne, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen, Rheuma) (wer, was?): _____ nein ja
Zuckerkrankheit (Diabetes Typ I, Typ II) (wer, was?): _____ nein ja
Schilddrüsenkrankheit (wer, was?): _____ nein ja
Bluthochdruck, Übergewicht (wer, was?): _____ nein ja
Herzinfarkt, Schlaganfall, hohes Cholesterin (wer, was?): _____ nein ja
Andere Erkrankungen (wer, was?) _____ nein ja
Gibt es sonst noch **Fragen**, die Sie gern mit mir besprechen möchten? ja nein
Wenn ja, was? _____

