



Fragebogen für Eltern zur J1 - in Anlehnung an Mannheimer Fragebogen MEF für 12-16 jährige

Name: **Datum:**

Geburtsdatum:

Die J1 Untersuchung gehört zu den kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen für Ihr Kind im Alter von 13 bis 15 Jahren. Sie soll zeigen, ob die körperliche Entwicklung in der Pubertät normal verläuft. Zudem wird auch die seelische Situation der Heranwachsenden beleuchtet. In der Pubertät beginnen sich die Jugendlichen meist von den Eltern zu lösen. Oft ist es besser, wenn die Jugendlichen allein zur Untersuchung kommen. Am besten fragen Sie Ihr Kind. Mit dem vorliegenden Fragebogen können Sie die Vorbereitung auf die wichtige J1 Untersuchung erleichtern und uns wichtige Informationen für diese Untersuchung geben.

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zur Untersuchung mit oder sende diesen an post@kinderarztpraxis-angelsteg.de.

Familie

Hat Ihr Kind Geschwister? ja nein Wenn ja, wie viele?

Liegt eine besondere familiäre Situation vor?

Eltern getrennt? nein ja

Elternteil verstorben? nein ja Kind lebt bei Mutter Vater

Elternteil alleinerziehend? nein ja

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn ein eigenes Zimmer? nein ja

Gibt es häufig Anlass zu Auseinandersetzungen? nein ja Wenn ja worüber?

Rauchen Sie? Mutter nein ja Vater nein ja

Wie schätzen Sie das Vertrauensverhältnis zu Ihrer Tochter/Ihrem Sohn ein? 1 2 3
(Skala von 1-6; 1= starkes Vertrauen, 6= geringes Vertrauen) 4 5 6



Gesundheit des Jugendlichen

Sind im Verlauf der Entwicklung Probleme aufgetreten?

Im Kleinkindalter? nein ja

Im Kindergartenalter? nein ja

In der Schulzeit? nein ja

Wenn ja welche?

Liegen bekannte Erkrankungen/Behinderungen vor?

Bei Ihrem Ihrer Tochter/Ihrem Sohn? nein ja

Bei den Eltern? nein ja

Bei den Geschwistern? nein ja

Bei den Großeltern? nein ja

Wenn ja welche?

Gab es bei Ihrem Kind bisher Operationen? nein ja

Wenn ja welche?

Nimmt Ihre Tochter/Ihr Sohn regelmäßig
Medikamente ein? nein ja

Wenn ja welche?

Wurden bei Ihrem Kind alle erforderlichen
Impfungen durchgeführt? ja nein

**Bringen Sie bitte unbedingt
den Impfausweis mit!**

Verhaltensauffälligkeiten

Bei der Sprache nein ja

Bei der seelischen Entwicklung nein ja

Im Umgang mit Anderen nein ja

Schwierigkeiten in der Schule nein ja

Störungen/Schwierigkeiten beim
Lernen, Konzentrationsstörungen nein ja

Schlafstörungen nein ja

Essstörungen, Gewichtsprobleme nein ja

Angstzustände nein ja

Seh- und/oder Hörbehinderungen nein ja

Probleme mit Suchtmitteln (Alkohol,
Rauchen, Drogen) nein ja

Wenn ja welche?



Allgemeine Entwicklung

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn besondere Talente/Interessen?

ja nein

Folgende:

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn Hobbys?

ja nein

Folgende:

Ist Ihre Tochter/Ihr Sohn sportlich aktiv?

ja nein

Folgende:

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn gleichaltrige Freunde?

ja nein

Sind Sie mit der Entwicklung Ihrer Tochter/Ihres Sohnes zufrieden?
(Skala von 1-6; 1= Sehr, 6= überhaupt nicht)

1 2 3
 4 5 6

Sind Sie mit dem schulischen Werdegang Ihrer Tochter/Ihres Sohnes zufrieden?
(Skala von 1-6; 1= Sehr, 6= überhaupt nicht)

1 2 3
 4 5 6

Welche Fragen würden Sie gerne mit uns besprechen?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

