

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

# Diese Fragen beantwortest **du** selbst

Der J1 Gesundheitscheck ist nicht nur eine Gelegenheit festzustellen, ob du gesund bist, er ist auch ein Angebot zum Gespräch und zum Austausch mit dem Arzt. Dein Körper verändert sich zurzeit stark. Er ist erwachsener. In deinem Alter können gesundheitliche Probleme auftreten, die für deine weitere Entwicklung nicht unwichtig sind und die der Arzt bei der J1 erkennen kann.

**Bitte beantworte die nachfolgenden Fragen, sodass dein Arzt bei der Untersuchung und dem Beratungsgespräch besonders gut auf dich eingehen kann.**

## Schule

Welche Schule besuchst du? \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Bist du mit der Schule/den Lehrern/deinen Leistungen zufrieden?  Ja  Nein  Geht so

Fühlst du dich in der Schule und in deiner Klasse wohl?  Ja  Nein  Geht so

Gibt es Probleme in der Schule?  Nein  Ja Welche? \_\_\_\_\_

## Familie

Kommst du gut klar mit:

- deinen Eltern?  Ja  Nein  Geht so

- deinen Geschwistern?  Ja  Nein  Geht so

Kannst du mit deinen

Eltern über Probleme reden?  Ja  Selten  Nein

## Freunde

Hast du Freunde in deinem Alter?

Ja  Nein

Kannst du mit deinen Freunden über Probleme reden?

Ja  Selten  Nein

## Gesundheit

Fühlst du dich gesund?  Ja  Nein  Geht so

Hast du in der letzten Zeit körperliche Beschwerden?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Erkrankungen oder Allergien bei dir bekannt?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hast du Schwierigkeiten beim

Einschlafen oder Durchschlafen?  Ja  Nein

Warum geht es dir nicht gut? \_\_\_\_\_

Nimmst du regelmäßig Medikamente ein?

Nein  Ja Welche? \_\_\_\_\_

Hast du Ängste? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## Sport

Betreibst du neben dem Schulsport Sport?  Ja  Nein Welchen? \_\_\_\_\_

## Deine Einschätzung

Bist du eher  fröhlich  traurig  ruhig  ausgelassen  aggressiv

Wie zufrieden bist du mit deinem Leben?  zufrieden  geht so  unzufrieden

**Deine Einschätzung zu Suchtmitteln** (falls du etwas dazu sagen möchtest)

- Zigaretten:  nein danke  ich rauche selbst  Freunde rauchen Dein Kommentar: \_\_\_\_\_

- Alkohol:  nein danke  hin und wieder  häufig Dein Kommentar: \_\_\_\_\_

- Drogen:  nein danke  schon probiert  Freunde probieren Dein Kommentar: \_\_\_\_\_

**Womit verbringst du den größten Teil deiner Freizeit?**

-  Hobbys Welche? \_\_\_\_\_

-  Freunde  Familie  Computer spielen/chatten  Fernsehen  Rumhängen, relaxen, chillen  Anderes

Wie zufrieden bist du mit deiner körperlichen Entwicklung, deiner Größe, deinem Gewicht?

zufrieden  geht so  unzufrieden - Warum bist du unzufrieden? \_\_\_\_\_

## Fragen an deinen Arzt/deine Ärztin

**Markiere die Themen, über die du mit mir sprechen möchtest.** Das Gespräch mit dir unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.

Fragen zu deiner Gesundheit, zu bestimmten Beschwerden  Fragen zu Medikamenten, Alkohol, Drogen, Rauchen od. Sucht

Fragen zu anstehenden Impfungen (bei Mädchen z. B. Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs)  Ernährungsfragen, -tipps

Sorgen, Ängste, Stimmungsschwankungen, die dich belasten  Probleme in der Schule, in der Familie, im Freundeskreis

Fragen zur körperlichen Entwicklung, Pubertät, Aufklärung, Sexualität, Verhütung

Zutreffendes bitte ankreuzen.



Name des Jugendlichen: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

# Diese Fragen beantworten deine Eltern

Heute klagen viele der 13- bis 15-Jährigen über Probleme am Skelettsystem. Bei etwa 15 Prozent der Teenager zeigen sich Auffälligkeiten wie Konzentrationsschwäche, Leistungsschwierigkeiten, Persönlichkeitsdefizite und Motivationsprobleme. Auch Drogenprobleme und Essstörungen beginnen oft in dieser Zeit.

Die J1 Untersuchung gehört zu den **kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen** für Ihr Kind im Alter von 12 bis 14 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. Gerne sind wir bereit, uns mit Ihnen zu einem getrennten Gesprächstermin zu verabreden. **Mit dem vorliegenden Fragebogen können Sie die Vorbereitung auf die wichtige J1 Untersuchung erleichtern und uns wichtige Informationen für diese Untersuchung geben.**

## Familie

Hat Ihr Kind Geschwister? Wie viele? \_\_\_\_\_

Liegt eine besondere familiäre Situation vor?

Eltern getrennt?  Ja  Nein Elternteil verstorben?  Ja  Nein

Elternteil alleinerziehend? Kind lebt bei der  Mutter/beim  Vater Anmerkung: \_\_\_\_\_

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn ein eigenes Zimmer?  Ja  Nein

Gibt es häufig Anlass zu Auseinandersetzungen?  Nein  Ja Anlass: \_\_\_\_\_

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

Rauchen Sie? Mutter:  Ja  Nein Vater:  Ja  Nein

## Gesundheit des Jugendlichen

Sind im Verlauf der Entwicklung Probleme aufgetreten?

Kleinkindalter  Kindergartenalter  Schulzeit Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Liegen bekannte Erkrankungen/Behinderungen vor?

beim Kind  bei den Eltern  bei den Geschwistern  bei den Großeltern

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Gab es bei Ihrem Kind bisher Operationen? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihre Tochter/Ihr Sohn regelmäßig Medikamente ein?  Nein  Ja Folgende: \_\_\_\_\_

Wurden bei Ihrem Kind alle erforderlichen Impfungen durchgeführt? Bitte unbedingt den Impfausweis mitbringen!

Ja  Nein  Nicht bekannt

## Verhaltensauffälligkeiten

Bei der Sprache

Ja  Nein Kommentar: \_\_\_\_\_

Bei der seelischen Entwicklung

Ja  Nein Kommentar: \_\_\_\_\_

Im Umgang mit Anderen

Ja  Nein Kommentar: \_\_\_\_\_

Schwierigkeiten in der Schule

Ja  Nein Kommentar: \_\_\_\_\_

Störungen/Schwierigkeiten beim Lernen, Konzentrationsstörungen

Ja  Nein Kommentar: \_\_\_\_\_

Schlafstörungen

Ja  Nein Kommentar: \_\_\_\_\_

Essstörungen, Gewichtsprobleme

Ja  Nein Kommentar: \_\_\_\_\_

Angstzustände

Ja  Nein Kommentar: \_\_\_\_\_

Seh- und/oder Hörbehinderungen

Ja  Nein Kommentar: \_\_\_\_\_

Probleme mit Suchtmitteln (Alkohol, Rauchen, Drogen)

Ja  Nein Kommentar: \_\_\_\_\_

## Allgemeine Entwicklung

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn besondere Talente/Interessen?  Nein  Ja Folgende: \_\_\_\_\_

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn Hobbys?  Nein  Ja Folgende: \_\_\_\_\_

Ist Ihre Tochter/Ihr Sohn sportlich aktiv?  Nein  Ja Sportarten: \_\_\_\_\_

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn gleichaltrige Freunde?  Nein  Ja

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

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

## Welche Fragen würden Sie gerne mit uns besprechen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_