



## J2 – Vorsorgeuntersuchung - Elternfragebogen

*Liebe Eltern, dieser Fragebogen soll Ihnen die Vorbereitung auf die anstehende Vorsorgeuntersuchung bei Ihrem Kind erleichtern und uns wichtige Informationen für die Untersuchung bringen.*

Vorname des Kindes	Geburtsdatum
Name des Kindes	aktuelles Datum

### Entwicklung

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?

Ja  Nein .....

### Erkrankungen

War Ihr Kind in der Zeit seit der Einschulung wegen einer ernsthaften Erkrankung im Krankenhaus oder sonst ernsthaft krank?

Ja  Nein .....

Hat es eine chronische Erkrankung?

Ja  Nein .....

Nimmt es regelmäßig Medikamente ein?

Ja  Nein .....

### Impfungen

Hatte Ihr Kind schon Windpocken oder ist dagegen geimpft?

Ja  Nein .....

### Bei Mädchen

Monatsregel (Menarche)

Ja  Nein seit .....

Zyklus ist

regelmäßig  unregelmäßig

Ist sie schon gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs) geimpft?

Ja  Nein

### Bei Jungen

Stimmbruch

Ja  Nein wann: .....

Ist er schon gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs) geimpft?

Ja  Nein

### Schule

Welche Schule besucht Ihr Kind?

.....

Welche Klasse?

.....

Geht es gern?

Ja  Nein .....

Gibt es Schwierigkeiten?

Ja  Nein .....

Noten .....

Mitschülern .....

Lehrern .....

### Familie

Hat sich die Zusammensetzung Ihrer Familie geändert?

Ja  Nein .....

Gibt es große Sorgen in der Familie?

Ja  Nein .....

### Familienerkrankungen

Gibt es Herzinfarkt oder Schlaganfall unter 40 Jahren oder bekannte Fettstoffwechselstörung in Ihrer Familie

Ja  Nein .....

Name des Kindes	Geb.	aktuelles Datum
-----------------	------	-----------------

**Die nun folgenden Fragen beziehen sich auf den Zeitraum der letzten 6 Monate.**

**Fragen, die Sie nicht verstehen, oder nicht beantworten können, kennzeichnen Sie bitte mit einem Fragezeichen, damit wir das dann gemeinsam klären können.**

**Mein Kind ...**

	Ja	Nein
1. hat ständig Angst, dick zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. hat aufgrund seines Essverhaltens mind. 7 kg abgenommen und ist untergewichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. hat mindestens 10 kg Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. hat Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. hat manchmal nervöse Zuckungen (z.B. Blinzel-, Zwinker-, Räuspertic)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. wacht häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen (liegt dann mindestens eine Stunde wach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. kann schlecht einschlafen (d.h. liege mehr als eine Stunde wach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. muss bei starker Aufregung stottern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. hat mehr als einmal im letzten halben Jahr das Bett nass gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. hat mehr als einmal im letzten halben Jahr eingekotet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. wechselt häufig seine Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. hat täglich einen Wutanfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. wurde wegen seines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, einem Ausflug oder Landheimaufenthalt ausgeschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. schwänzt manchmal die Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. prügelt sich manchmal mit anderen Kindern oder Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. streit sich fast jeden Tag mit seinen Geschwistern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. bei Streit mit Geschwistern kommt es auch zu ernsthaften Verletzungen, Quälereien, Drohungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. hat starke Angst davor, zur Schule zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. wird von anderen Jugendlichen häufig geärgert, gehänselt, geprügelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. hat Angst vor anderen Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. hat überhaupt keinen Kontakt zu anderen Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. wechselt häufig seine Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ist ängstlich, macht sich viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. mein Kind hat panische Angst vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. mein Kind hat panische Angst vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. mein Kind hat panische Angst vor Blitz, Donner und Dunkelheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. mein Kind hat panische Angst alleine zuhause zu bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ist schon fast übertrieben ordentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. wäscht sich oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. kontrolliert bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach (z.B. dass Türen oder Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ist mindestens einmal pro Woche für mindestens 3 Stunden traurig oder niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. war schon einmal mindestens 2 Wochen am Stück traurig oder niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. hat schon einmal ernsthaft daran gedacht, sich umzubringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ist in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. ist bei den Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. ist beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause oft sehr unüberlegt und vorschnell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. raucht mindestens 1 Schachtel Zigaretten pro Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. trinkt mehrmals pro Woche Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. hat zuhause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolleres (Wert größer 30 €) gestohlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. hat schon einmal mit Absicht Dinge, die ihm nicht gehören, zerstört oder beschädigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. ist schon oft von zu Hause weggelaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Darüber hinaus machen uns bzw. mir folgende Probleme Sorgen:**

.....

.....

.....