

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Fragebogen J1 (12.-14. Lebensjahr) für die Eltern des Jugendlichen

Familie			
Hat Ihr Kind Geschwister?	☐ Ja	☐ Nein	Wenn ja, wie viele?
Liegt eine besondere familiäre Situation vor?			
Eltern getrennt?	☐ Ja	☐ Nein	
Ein Elternteil verstorben?	☐ Ja	☐ Nein	
Ist ein Elternteil alleinerziehend?	☐ Ja	☐ Nein	Kind lebt bei ☐ Mutter ☐ Vater
Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn ein eigenes Zimmer?	☐ Ja	☐ Nein	
Gibt es häufig Anlass zu Auseinandersetzungen?	☐ Ja	☐ Nein	Anlass?
Wie schätzen Sie das Vertrauensverhältnis zu Ihrer Tochter/Ihrem Sohn ein?	☐ Gut	☐ Mäßig	☐ Gering
Rauchen Sie?	Mutter ☐ Ja ☐ Nein	Vater ☐ Ja ☐ Nein	

Gesundheit des Jugendlichen			
Sind im Verlauf der Entwicklung Probleme aufgetreten?	☐ Nein	☐ Ja	Wenn ja, wann? ☐ Kleinkindalter ☐ Kindergartenalter ☐ Schulalter Wenn ja, welche?
Liegen bekannte Erkrankungen/Behinderungen vor?	☐ Nein	☐ Ja	Wenn ja, bei wem? ☐ Beim Kind ☐ Bei den Eltern ☐ Bei den Geschwistern ☐ Bei den Großeltern 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	☐ Nicht bekannt



GEMEINSCHAFTSPRAXIS
DER KINDER- UND JUGENDÄRZTE

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Verhaltensauffälligkeiten			
Bei der Sprache	☐ Ja	☐ Nein	Wenn ja, welche:
Bei der seelischen Entwicklung	☐ Ja	☐ Nein	Wenn ja, welche:
Im Umgang mit Anderen	☐ Ja	☐ Nein	Wenn ja, welche:
Schwierigkeiten in der Schule	☐ Ja	☐ Nein	Wenn ja, welche:
Schwierigkeiten beim Lernen/Konzentrationsstörungen	☐ Ja	☐ Nein	Wenn ja, welche:
Schlafstörungen	☐ Ja	☐ Nein	Wenn ja, welche:
Essstörungen/Gewichtsprobleme	☐ Ja	☐ Nein	Wenn ja, welche:
Angstzustände	☐ Ja	☐ Nein	Wenn ja, welche:
Seh- und/oder Hörbehinderungen	☐ Ja	☐ Nein	Wenn ja, welche:
Probleme mit Suchtmitteln (Alkohol/Rauchen/Drogen)	☐ Ja	☐ Nein	Wenn ja, welche:

Allgemeine Entwicklung		
Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn besondere Interessen?	☐ Ja	☐ Nein
Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn Hobbys?	☐ Ja	☐ Nein
Ist Ihre Tochter/Ihr Sohn sportlich aktiv?	☐ Ja	☐ Nein
Hat Ihre Tochter /Ihr Sohn gleichaltrige Freunde?	☐ Ja	☐ Nein
Sind Sie mit der Entwicklung ihrer Tochter/Ihres Sohnes zufrieden?	☐ Ja	☐ Nein
Sind Sie mit dem schulischen Werdegang Ihres Kindes zufrieden?	☐ Ja	☐ Nein

Welche Fragen würden Sie gern mit uns besprechen?
