



Name: _____ Geburtsdatum: _____

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

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

Gesundheit des Jugendlichen			
Sind im Verlauf der Entwicklung Probleme aufgetreten?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, wann? <input type="checkbox"/> Kleinkindalter <input type="checkbox"/> Kindergartenalter <input type="checkbox"/> Schulalter Wenn ja, welche?
Liegen bekannte Erkrankungen/Behinderungen vor?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, bei wem? <input type="checkbox"/> Beim Kind <input type="checkbox"/> Bei den Eltern <input type="checkbox"/> Bei den Geschwistern <input type="checkbox"/> Bei den Großeltern Wenn ja, welche?
Gab es bei Ihrem Kind bisher Operationen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welche?
Nimmt Ihre Tochter/Ihr Sohn regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welche?
Wurden bei Ihrem Kind alle erforderlichen Impfungen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt



GEMEINSCHAFTSPRAXIS
DER KINDER- UND JUGENDÄRZTE

Name: _____ Geburtsdatum: _____

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

Allgemeine Entwicklung		
Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn besondere Interessen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn Hobbys?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist Ihre Tochter/Ihr Sohn sportlich aktiv?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hat Ihre Tochter /Ihr Sohn gleichaltrige Freunde?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie mit der Entwicklung ihrer Tochter/Ihres Sohnes zufrieden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie mit dem schulischen Werdegang Ihres Kindes zufrieden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Welche Fragen würden Sie gern mit uns besprechen?
