



Fragebogen zur Jugendgesundheitsuntersuchung J1

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Herzlich willkommen zur Jugenduntersuchung J1!

Du hast dich zur Jugend-Gesundheitsuntersuchung J1 angemeldet.

Wir wollen zusammen sehen, ob Deine gesamte Entwicklung in normalen Bahnen läuft. Da du dich, deinen Körper, deine Psyche, deine Familie viel besser kennst als wir, möchten wir dich bitten, uns die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Wenn du irgendwelche Fragen nicht beantworten, sondern persönlich stellen möchtest, lasse diese aus oder streiche sie durch. Du solltest auch wissen, dass wir diese Angaben auch deinen Eltern gegenüber erst einmal streng vertraulich behandeln.

Schule

Welche Schule besuchst du? _____

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? Ja Nein

Wenn ja welche? _____

Familie und Freunde

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 Nein Geht so

Hast du Freunde in deinem Alter? Ja Nein

Kannst du mit deinen Freunden über Probleme reden? Ja Nein



ARZTPRAXIS HAAKE

Allgemeinmedizin
Sportmedizin

Anästhesiologie - Notfallmedizin - Palliativmedizin

Gesundheit

Fühlst du dich gesund? Ja Nein Geht so

Wenn nein, warum geht es dir nicht gut? _____

Hast du in der letzten Zeit körperliche Beschwerden? Ja Nein

Wenn ja welche? _____

Nimmst du regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja welche? _____

Sind Erkrankungen oder Allergien bei dir bekannt? Ja Nein

Wenn ja welche? _____

Hast du Ängste? Ja Nein

Wenn ja welche? _____

Hast du Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen? Ja Nein

Gibt es Probleme mit der Ernährung? Ja Nein

Wenn ja welche? _____

Hast du besondere Essgewohnheiten, z.B. vegetarische Kost usw.? Ja Nein

Wenn ja welche? _____

Hast du Pubertätsprobleme? Ja Nein

Wenn ja welche? _____



ARZTPRAXIS HAAKE

Allgemeinmedizin
Sportmedizin

Anästhesiologie - Notfallmedizin - Palliativmedizin

Bei Mädchen

Hattest du schon deine erste Regelblutung, wenn ja in welchem Jahr? _____

Wann kommt deine Blutung? regelmäßig unregelmäßig

Wann war deine letzte Blutung? _____

Hast du Sexualprobleme? Ja Nein

Wenn ja welche? _____

Bei Jungen

Hattest du deinen Stimmbruch? Ja Nein

Wenn ja wann? _____

Hast du Sexualprobleme? Ja Nein

Wenn ja welche? _____



ARZTPRAXIS HAAKE

Allgemeinmedizin
Sportmedizin

Anästhesiologie - Notfallmedizin - Palliativmedizin

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)

Hast du Erfahrungen mit Drogen?

Nein Ja mit Zigaretten Alkohol

Weißt du, wie man mit Suchtmitteln umgeht? Ja Nein

Fragen/Kommentar: _____

Womit verbringst du den größten Teil deiner Freizeit?

Hobbys, welche? _____

Freunde Familie Computer spielen/Chatten Fernsehen

Rumhängen, Chillen Anderes, gerne beschreiben _____

Betreibst du neben dem Schulsport Sport? Ja Nein

Wenn ja welchen? _____

Wie oft machst du in der Woche Sport? _____

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

zufrieden geht so unzufrieden, warum? _____



ARZTPRAXIS HAAKE

Allgemeinmedizin
Sportmedizin

Anästhesiologie - Notfallmedizin - Palliativmedizin

Fragen an deine Ärztin

Markiere die Themen, über die du mit uns sprechen möchtest.

(Das Gespräch unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht!)

- Fragen zu deiner Gesundheit
- Fragen zur körperlichen Entwicklung, Pubertät, Aufklärung, Sexualität,
- Fragen zu Medikamenten, Alkohol, Drogen, Rauchen, Suchtverhalten
- Ernährungsfragen, -tipps
- Sorgen, Ängste, Stimmungsschwankungen, die dich belasten
- Probleme in der Schule, Mobbing
- Probleme in der Familie und/oder Freundeskreis
- Fragen zu Impfungen

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Erklärung der Patientin

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift Patient:in



Diese Fragen beantworten deine Eltern

Heute klagen viele der Jugendlichen über Probleme am Skelettsystem, einige Teenager haben 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 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. 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? Ja Nein

Wenn ja, wie viele? _____

Liegt eine besondere familiäre Situation vor?

Eltern getrennt? Ja Nein

Elternteil verstorben? Ja Nein

Elternteil alleinerziehend? Kind lebt bei der Mutter

Kind lebt beim Vater

Anmerkung: _____

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?

Rauchen Sie? Mutter: Ja Nein

Vater: Ja Nein



ARZTPRAXIS HAAKE

Allgemeinmedizin
Sportmedizin

Anästhesiologie - Notfallmedizin - Palliativmedizin

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 Großeltern

Wenn ja, welche? _____

Gab es bei Ihrem Kind bisher Operationen?

Ja Nein

Wenn ja welche? _____

Nimmt Ihre Tochter/Ihr Sohn regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja welche? _____

Wurden bei Ihrem Kind alle erforderlichen Impfungen durchgeführt? Ja Nein Nicht bekannt

Bitte den Impfausweis mitbringen!

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: _____

