

Hallo,
bitte fülle den folgenden Fragebogen aus, damit wir uns auf die Vorsorgeuntersuchung einstellen und auf Deine Fragen besser eingehen können. Alle Angaben sind natürlich freiwillig. Auf einer der nächsten Seiten dürfen auch Deine Eltern ein paar Fragen beantworten 😊. Vielen Dank für Deine / Ihre Unterstützung!

Familienname: _____ Vorname: _____

geboren am: _____ Geschlecht: weiblich männlich

Bestanden seit der letzten Untersuchung?

Schwere und häufige Infektionen, Krankenhausaufenthalte, Operationen Ja Nein

Wenn ja, welche _____

Regelmäßiges nächtliches Schnarchen / Schlafen mit offenem Mund? Ja Nein

Schulprobleme Ja Nein

Verdacht auf Lese- Rechtschreibstörung Ja Nein

Verdacht auf Rechenstörung Ja Nein

Verdacht auf Verhaltensstörung (Aufmerksamkeit / motorische Unruhe) Ja Nein

Soziale Auffälligkeiten / Interaktionsstörung mit Gleichaltrigen Ja Nein

Allergiesymptome (saisonal, Nahrungsmittel, Hausstaub, Tiere) Ja Nein

Bestehen besondere familiäre Belastungen (z.B. Trennung, Krankheit etc.) Ja Nein

Bestehen in der Familie (Eltern, Geschwister) Ja Nein

Atopische Erkrankungen (Allergien, Asthma, atopisches Ekzem)? Ja Nein

Adipositas / Übergewicht? Ja Nein

Diabetes mellitus Typ 1? Ja Nein

Familiäre Hypercholesterinämie (kardiovaskuläre Erkrankungen < 50. Lebensjahr)? Ja Nein

Schilddrüsenerkrankungen? Ja Nein

Besteht eine besondere Ernährungsform (vegetarisch / vegan)? Ja Nein

Leben Deine Eltern getrennt? Ja Nein



Diese Fragen beantwortest Du selbst

Zutreffendes bitte ankreuzen.

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 Nein Selten

Freunde

Hast du Freunde in deinem Alter?

Ja Nein

Kannst du mit deinen Freunden über Probleme reden?

Ja Nein Selten



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?

Nein Ja 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 Wenn ja: Warum? _____

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 oder Sucht

Fragen zu anstehenden Impfungen (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

Fallen Dir noch weitere Themen ein, die erzählen / besprechen möchtest?



Diese Fragen beantworten Deine Eltern

Familie

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Hat Ihr Kind Geschwister? Wie viele? _____

Liegt eine besondere familiäre Situation vor? Eltern getrennt? Ja Nein

Ist ein Elternteil verstorben? Ja Nein

Ist ein 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 bis 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 bis 6; 1=sehr, 6=überhaupt nicht)

Sind Sie mit dem schulischen Werdegang Ihrer Tochter/Ihres Sohnes zufrieden? _____

(Skala von 1 bis 6; 1=sehr, 6=überhaupt nicht)

Gibt noch weitere Themen ein, die Sie mit uns besprechen möchten?

