J1 – Elternfragebogen

Name:_____ geb.:_____ Datum:_____

Liebe Eltern,

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

	Ja	Nein
Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?	□	□
War Ihr Kind seit der Einschulung ernsthaft krank?	□	□
Hat es eine chronische Erkrankung?	□	□
Nimmt es regelmäßig Medikamente ein?	□	□
Hatte Ihr Kind Windpocken oder ist es dagegen geimpft?	□	□
Ist Ihr Kind gegen HPV („Gebärmutterhalskrebs“) geimpft?	□	□
Bei Mädchen: Hat die Monatsregel schon eingesetzt?	□	□
Bei Jungs: Ist der Stimmbruch schon eingetreten?	□	□

Welche Schule besucht Ihr Kind? _____

Welche Klasse? _____

Geht Ihr Kind gerne zur Schule?	□	□
Gibt es in der Schule Schwierigkeiten?	□	□

Wenn ja: mit den Noten? □ mit Mitschülern? □ Mit Lehrern? □

Hat sich die Zusammensetzung Ihrer Familie geändert?	□	□
Gibt es große Sorgen in Ihrer Familie?	□	□
Herzinfarkt oder Schlaganfall unter 40 Jahren in der Familie?	□	□
Bekannte familiäre Fettstoffwechselstörung in der Familie?	□	□

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

Mein Kind hat:

1. Sorgen wegen seiner Körpergröße?	☐	☐
2. Ständig Angst, zu dick zu werden?	☐	☐
3. Hat gewollt über 7 kg abgenommen?	☐	☐
4. Hat mindestens 10kg Übergewicht?	☐	☐
5. Hat oft Migräne?	☐	☐
6. Hat nervöse Zuckungen?	☐	☐
7. Weigert sich, bei Freunden/Verwandten zu bleiben?	☐	☐
8. Kann nicht einschlafen?	☐	☐
9. Schläft nachts im Ehebett?	☐	☐
10. Hat einen Sprachfehler/stottert/lispelt	☐	☐
11. Ist nachts nicht trocken?	☐	☐
12. Kotet sich ein?	☐	☐
13. Ist ungehorsamer als andere Kinder seines Alters?	☐	☐
14. Hat täglich einen Wutanfall?	☐	☐
15. Schwänzt manchmal die Schule?	☐	☐
16. Wurde schon einmal vom Schulbesuch ausgeschlossen?	☐	☐
17. Prügelt sich häufig mit anderen Kindern/Geschwistern?	☐	☐
18. Hat Angst vor der Schule?	☐	☐
19. Wird von anderen Kindern geärgert/verprügelt?	☐	☐
20. Ist überängstlich(z.B. Klassenarbeiten)?	☐	☐
21. Wird manchmal vor Aufregung krank?	☐	☐
22. Hat panische Angst vor einfachen Dingen?	☐	☐
23. Wäscht sich übermäßig häufig die Hände?	☐	☐
24. Kontrolliert Dinge auffällig oft mehrmals hintereinander?	☐	☐
25. Weigert sich, mit Fremden zu sprechen?	☐	☐
26. Ist mindestens 1x pro Woche traurig/niedergeschlagen?	☐	☐
27. Hat schon mal ernsthaft Selbstmordgedanken geäußert?	☐	☐
28. Ist leicht ablenkbar?	☐	☐
29. Ist sehr zappelig, unruhig?	☐	☐
30. Raucht?	☐	☐
31. Trinkt regelmäßig Alkohol?	☐	☐

Darüber hinaus machen wir uns Sorgen, weil:

_____

_____

_____

Unterschrift Bezugsperson:_____