

## Elternfragebogen zur J1

Diesen Fragebogen beantworten Deine **Eltern** zur Vorsorge J1

Name des Jugendlichen: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Die J1 soll zeigen, ob die körperliche Entwicklung in der Pubertät normal verläuft. In dieser Zeit beginnen viele Probleme mit dem Skelettsystem. Zudem würden wir gern die seelische Situation des Jugendlichen verstehen. Viele Teenager zeigen Konzentrationsprobleme, Leistungsschwierigkeiten, Motivationsschwächen. Drogenprobleme und Essstörungen sind zunehmend häufig. Mit folgendem Fragebogen können Sie uns auf die wichtige Vorsorge vorbereiten und damit den Aufenthalt bei uns verkürzen.

In der Pubertät beginnen sich die meisten Jugendlichen von Ihren Eltern zu lösen. Oft ist es gewünscht, allein zur Vorsorge zu kommen, am besten fragen Sie Ihr Kind.

### Familie:

Hat Ihr Kind Geschwister? Wie viele? \_\_\_\_\_

### Liegt eine besondere Familiensituation vor?

Eltern getrennt? Ja  Nein  Elternteil verstorben Ja  Nein

Elternteil alleinerziehend? Kind lebt bei Mutter  Vater

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn ein eigenes Zimmer? Ja  Nein

Gibt es häufig Auseinandersetzungen? Ja  Nein

Wenn Ja, welcher Art? \_\_\_\_\_

Wie schätzen Sie das Vertrauensverhältnis zu Ihrem Kind ein? \_\_\_\_\_ (Schulnoten 1 - 6)

Rauchen Sie? Mutter: Ja  Nein  Vater: Ja  Nein

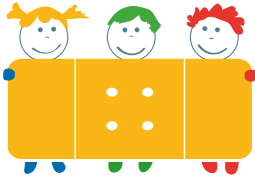
### Familiengesundheit:

Gibt es in der Familie - einschließlich Großeltern -

Zuckerkrankheit  Allergien  Herzinfarkte  Schlaganfälle

Stoffwechselerkrankungen  Schilddrüsenerkrankungen  Asthma

Anfallsleiden  Krebserkrankungen



**Entwicklung Ihres Kindes:**

Gab es in der Geschichte Ihres Kindes:

Operationen: Ja  \_\_\_\_\_ Nein

Krankenhausaufenthalte: Ja  \_\_\_\_\_ Nein

Dauermedikation: Ja  \_\_\_\_\_ Nein

Sind Entwicklungsprobleme aufgetreten im Säuglingsalter  Kleinkindalter  Schulalter

Welche? \_\_\_\_\_

Gab es Erkrankungen wie Asthma  Allergien  Neurodermitis  Kreislaufprobleme   
Bewegungsstörungen  Krampfanfälle

Beschwerden in letzter Zeit? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Verhaltensauffälligkeiten:**

Bei der Sprache: Ja  Kommentar: \_\_\_\_\_ Nein

Seelische Entwicklung: Ja  Kommentar: \_\_\_\_\_ Nein

Im Umgang mit Anderen: Ja  Kommentar: \_\_\_\_\_ Nein

Schwierigkeiten in der Schule: Ja  Kommentar: \_\_\_\_\_ Nein

Konzentrationsproblem beim Lernen: Ja  Kommentar: \_\_\_\_\_ Nein

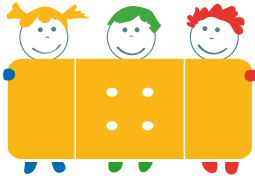
Schlafstörungen: Ja  Kommentar: \_\_\_\_\_ Nein

Essstörungen, Gewichtsproblem: Ja  Kommentar: \_\_\_\_\_ Nein

Angstzustände: Ja  Kommentar: \_\_\_\_\_ Nein

Sehen oder Hören: Ja  Kommentar: \_\_\_\_\_ Nein

Probleme mit Suchtmitteln: Ja  Kommentar: \_\_\_\_\_ Nein



Hat Ihr Kind besondere Talente/  
Interessen? Ja  Welche: \_\_\_\_\_ Nein

Hat Ihr Kind Hobbys? Ja  Welche: \_\_\_\_\_ Nein

Ist Ihr Kind sportlich aktiv? Ja  Welcher Art: \_\_\_\_\_ Nein

Hat Ihr Kind gleichaltrige Freunde? Ja  Nein

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? \_\_\_\_\_ (Schulnoten 1 - 6)

Sind Sie mit der schulischen Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? \_\_\_\_\_ (Schulnoten 1 - 6)

Was würden Sie gern besprechen?

---

---

---