

# Fragebogen Eltern - Jugenduntersuchung J1



Nürnberger Str. 34  
85055 Ingolstadt  
Tel.: 0841-8819 5500  
www.kinderarzt-kniess-ingolstadt.de

Name d. Jugendlichen: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

## Familie

- Hat Ihr Kind Geschwister? Wie viele?  Nein  Ja, \_\_\_\_\_
- Liegt eine besondere familiäre Situation vor?  Nein  Ja
- Eltern getrennt?  Nein  Ja
- Elternteil verstorben?  Nein  Ja
- Elternteil alleinerziehend?  Nein  Ja
- Kind lebt bei der/dem  Mutter  Vater  Sonstige \_\_\_\_\_
- Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn ein eigenes Zimmer?  Nein  Ja
- Gibt es häufig Anlass zu Auseinandersetzungen?  Nein  Ja
- Wenn ja, welcher Anlass? \_\_\_\_\_
- Wie schätzen Sie das Vertrauensverhältnis zu Ihrer Tochter/Ihrem Sohn ein?  
(Skala 1-6; 1= starkes 6= geringes Vertrauen) \_\_\_\_\_
- Rauchen Sie?  Mutter raucht  Vater raucht

## Gesundheit der/des Jugendlichen

- Sind im Verlauf der Entwicklung Probleme aufgetreten?  Nein  Ja
- Kleinkindalter  Kindergartenalter  Schulalter \_\_\_\_\_
- Liegen bekannte Erkrankungen o. Behinderungen vor?
- beim Kind  bei den Geschwistern  den Eltern  den Großeltern
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Gab es bei Ihrem Kind bisher Operationen?  Nein  Ja \_\_\_\_\_
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  Nein  Ja
- Wenn ja, welche \_\_\_\_\_
- Impfweis vorhanden  Nein  Ja (bitte mitbringen!)

## Verhaltensauffälligkeiten

- |   |   |
|---|---|
| Bei der Sprache?<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____                | Schlafstörungen?<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____                |
| Bei der seelischen Entwicklung?<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____ | Essstörungen, Gewichtsprobleme?<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____ |
| Im Umgang mit anderen?<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____          | Angstzustände?<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____                  |
| Schwierigkeiten in der Schule?<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____  | Seh- u./o. Hörbehinderungen?<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____    |

Probleme bei Lernen/Konzentration? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____	Probleme mit Suchtmitteln (Alkohol, Rauchen, Drogen, Medienkonsum)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____
<b>Allgemeine Entwicklung</b>	
Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn besondere Talente/Interessen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Welche? _____	
Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn Hobbys? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Welche? _____	
Ist Ihre Tochter/Ihr Sohn sportlich aktiv? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Worin? _____	
Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn gleichaltrige Freunde? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Sind Sie mit dem Freundeskreis zufrieden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn nein, warum nicht? _____	
Sind Sie mit der Entwicklung Ihrer Tochter/Ihres Sohnes zufrieden? (Skala 1-6; 1= sehr, 6=überhaupt nicht zufrieden) _____	
Sind Sie mit dem schulischen Werdegang Ihrer Tochter/Ihres Sohnes zufrieden? (Skala 1-6; 1= sehr, 6=überhaupt nicht zufrieden) _____	

<b>Welche Fragen würden Sie gerne mit uns besprechen?</b>
1. _____
2. _____
3. _____

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!