

Elternfragebogen Jugendgesundheitsberatung J1 & J2

Name des Jugendlichen:

	Ja	Nein
Gibt Ihnen die Entwicklung oder das Verhalten Ihres Kindes Anlass zur Sorge? (Zusammenleben in der Familie, Freundeskreis, Hobbys, körperlicher , geistiger, psychischer Reifungszustand? Wenn ja, welche?	☐	☐
Sind Sie mit dem schulischen Werdegang Ihres Kindes zufrieden?	☐	☐
Auf welche Schule geht Ihr Kind? Typ? Klasse?		
Sind Sie mit der schulischen Leistung insgesamt zufrieden?	☐	☐
Welche Fächer bereiten Probleme?		
Schwierigkeiten mit Lehrern? Welche?	☐	☐
Andere Probleme in der Schule? (Hausaufgaben, Über-Unterforderung, Konzentration, Verhalten, etc.?)	☐	☐
Leidet oder litt Ihr Kind oder ein anderes Familienmitglied an einer der folgenden Störungen / Erkrankungen:	☐	☐
- Krampfanfälle (z.B. Absencen) oder Fieberkrämpfe?	☐	☐
- Gehäufte oder länger anhaltende Infektionen / chron. Krankheiten?	☐	☐
- Allergien, Asthma, Heuschnupfen, Ekzem, Atemnot? In Ruhe oder bei Belastung?	☐	☐
- Schmerzen (Kopf, Bauch, Rücken, etc.) Wenn ja, Wo und wie oft?	☐	☐
- Herzinfarkte? Kreislauf- oder Fettstoffwechselstörungen?	☐	☐
Hat Ihr Kind seid der letzten Vorsorgeuntersuchung entwicklungsgefährdende Erkrankungen oder Operationen durchgemacht? Wenn ja, Welche?	☐	☐
Sind Ihnen bei Ihrem Kind aufgefallen:		
Störungen der Sprache / des Sprechens		
- Sprachstörungen, z.B. deutliche Fehler der Grammatik, Satzbildung, etc.	☐	☐
- Störungen der Aussprache z.B. Stottern, Stammeln	☐	☐
- Störungen des Sprachverständnisses?	☐	☐
Störungen der seelischen Entwicklung / Verhaltensauffälligkeiten?	☐	☐
- Ist Ihr Kind tags und nachts sicher sauber? (Urin, Stuhl)	☐	☐
- Bestehen ausgeprägte Ein- oder Durchschlafstörungen?	☐	☐
- Hat Ihr Kind häufig Streitereien mit anderen Kindern oder Erwachsenen, die Ihnen Sorge bereiten? Ist es aggressiv?	☐	☐
- Hat Ihr Kind besonders viel Angst? Wann? Wovor? Vor wem?	☐	☐
- Haben Sie emotionale Störungen (z.B. Depressionen) beobachtet?	☐	☐
- Spielt Ihr Kind nicht oder ungern mit Gleichaltrigen?	☐	☐
- Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren, ist es motorisch überaktiv?	☐	☐
- Fehlt Ihrem Kind beim Lernen / Spielen die Ausdauer?	☐	☐
Störungen der Grobmotorik	☐	☐
- Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind z.B. beim Ballspielen, Laufen, Radfahren, etc., oder beim Turnunterricht mehr Schwierigkeiten hat, weniger geschickt ist als Gleichaltrige?	☐	☐
Störungen der Feimotorik	☐	☐
Malt Ihr Kind ungern? Bastelt es weniger gern und ausdauernd als Altersgenossen? Ist es ungeschickt beim Schreiben oder Werken?	☐	☐
Störungen beim Lernen	☐	☐
Auswendigbehalten, Konzentration, Lesen, Schreiben, Rechnen?	☐	☐

Sind Ihnen bei Ihrem Kind aufgefallen:**Ja Nein****Sehbehinderungen**

- Interessiert es sich für das Fernsehen nur, wenn es nahe davor sitzt? ☐ ☐
- Schielt ihr Kind z.B. wenn es müde ist? ☐ ☐
- Können Sie bei Ihrem Kind beobachten: Regelmäßig eingenommene Kopfschief- oder Zwangshaltungen, Lichtscheu, vermehrtes Blinzeln oder Tränenlaufen, Auggreifen oder Augbohren, Zukneifen eines oder beider Augen, Lidspalten-Differenz, Lidrandentzündungen, Kopfschmerzen nach der Schule? ☐ ☐
- Kann Ihr Kind schlecht erkennen, was auf die Tafel geschrieben wird? ☐ ☐

Hörbehinderungen

- Spricht Ihr Kind auffallend laut? ☐ ☐
- Versteht Ihr Kind leise gesprochene Aufforderungen nicht oder falsch, wenn es Ihnen nicht auf den Mund sehen kann? ☐ ☐
- Interessiert sich Ihr Kind für Radio oder Fernseher nur, wenn diese auf große Lautstärke gestellt sind? ☐ ☐
- Versteht Ihr Kind oft nicht, was der Lehrer sagt? Muss es mehrmals angesprochen werden? ☐ ☐
- Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit dem Hören in lauter Umgebung? ☐ ☐

Fragen zur allgemeinen Entwicklung

- Kooperiert Ihr Kind im Spiel / in der Schule mit anderen Kindern? ☐ ☐
- Ist Ihr Kind in seine Schulklasse integriert? ☐ ☐
- Kann sich Ihr Kind an Regeln halten? Ist es großzügig, hilfsbereit? ☐ ☐
- Hat Ihr Kind gleichaltrige Freunde? ☐ ☐
- Bestehen erhebliche Unterschiede im Verhalten ☐ zu Hause ☐ in der Schule ☐ ☐
- Gibt es Essstörungen, Tics oder Zwänge bei Ihrem Kind? ☐ ☐
- Ist die Stimmung überwiegend ☐ fröhlich ☐ ausgeglichen ☐ schlecht gelaunt ☐ ☐
- Hat Ihr Kind genügend schulische / außerschulische Erfolge? ☐ ☐
- Widmet sich Ihr Kind gestellten Aufgaben intensiv, ehrgeizig, willig? ☐ ☐
- Welche Interessen, Hobbys hat Ihr Kind? ☐ ☐
- Fernsehgewohnheiten: ___ Stunden pro Tag ___ Stunden am Wochenende ☐ ☐
- Findet Ihr Kind ☐ immer Beschäftigung oder ☐ langweilt es sich häufig ☐ ☐
- Welche Medikamente nimmt Ihr Kind regelmäßig ein? ☐ ☐
- Werden Nikotin, Alkohol oder Drogen konsumiert? ☐ ☐
- Pubertätsentwicklung: Menarche mit ___ Jahren, Meneses regelmäßig / unregelmäßig? ☐ ☐
- Letzte Blutung, wann? Sexualprobleme? ☐ ☐

Welche Fragen würden Sie gerne mit mir besprechen?

Haben Sie Fragen zu eventuell anstehenden Impfungen oder zu weiteren Vorsorgemaßnahmen?

Mannheimer Fragebogen MEF J2

Name der/des Jugendlichen: _____

Datum: _____

Kreuze bitte an, ob die unten aufgeführten Probleme bei Dir in den letzten 6 Monaten aufgetreten sind. Mache bitte nur ein Kreuz in jeder Zeile. Lasse bitte keine Fragen aus.

	stimmt	Stimmt Nicht
1. habe Migräne		
2. musste wegen Kopfschmerzen zum Arzt		
3. leide unter asthmatischen Beschwerden oder einer chronischen Bronchitis		
4. mache mir viele Sorgen über meine Gesundheit		
5. habe manchmal nervöse Zuckungen, (Blinzeltic, Zwinkertic)		
6. kann schlecht einschlafen (liege mehr als 1Std.wach)		
7. wache häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen		
8. muss bei starker Aufregung stottern		
9. habe mehr als einmal im letzten ½ Jahr ins Bett gemacht		
10. habe mehr als einmal im letzten ½ Jahr eingekotet		
11. habe meistens nur wenig Appetit		
12. bin sehr wählerisch beim Essen		
13. habe ständig Angst, dick zu werden		
14. habe aufgrund meines Essverhaltens mind.7kg abgenommen und bin untergewichtig		
15. habe mindestens 10 kg Übergewicht		
16. werde manchmal wegen meines Übergewichtes geärgert		
17. habe mit meinen Eltern oft Streit		
18. mache, was ich will, auch wenn meine Eltern anderer Ansicht sind		
19. wurde wegen meines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, einem Ausflug oder Landheimaufenthalt ausgeschlossen		
20. schwänze manchmal die Schule		
21. habe starke Angst davor zur Schule zu gehen		
22. streite mich fast jeden Tag mit meinem Geschwistern		
23. dabei kommt es auch zu ernsthaften Verletzungen, Quälereien oder Drohungen		
24. werde von anderen Jugendlichen häufig geärgert, gehänselt, geprügelt		
25. habe Angst vor anderen Jugendlichen		
26. habe überhaupt keinen Kontakt zu anderen Jugendlichen		
27. prügle mich manchmal mit anderen Kindern oder Jugendlichen		
28. wechsle häufig meine Freunde		
29. bin in der Schule leicht ablenkbar und unkonzentriert		
30. bin bei den Hausaufgaben sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert		
31. bin bei Regelspielen sehr ablenkbar und unkonzentriert		
32. bin in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen		
33. bin bei den Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen		
34. bin bei Regelspielen sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen		
35. bin im Straßenverkehr oft unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten		
36. bin beim Spielen oft vorschnell, unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten		

37. bin beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause oft sehr unüberlegt und vorschnell		
38. bin ängstlich, mache mir viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben)		
39. habe fast täglich einen Wutanfall		
40. werde dann manchmal vor lauter Aufregung „krank“		
41. habe panische Angst vor....		
Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten		
Allein zuhause zu bleiben		
Vor fremden Menschen		
Vor Blitz, Donner oder Dunkelheit		
Vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen		
42. bin schon fast übertrieben ordentlich		
43. wasche mir oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind		
44. kontrolliere bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach, (z.B. Fenster verschlossen usw...)		
45. kaue oder reiße so stark die Fingernägel, dass es häufiger zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise frei liegt		
46. bin mindestens einmal pro Woche für mindestens drei Stunden traurig oder niedergeschlagen		
47. diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis		
48. bin nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn ich traurig bin		
49. war schon einmal mind. 2 Wochen am Stück traurig oder niedergeschlagen		
50. habe schon einmal ernsthaft daran gedacht mich umzubringen		
51. rauche mind.1 Schachtel Zigaretten pro Woche		
52. trinke mehrmals pro Woche Alkohol		
53. bin mehrmals pro Monat angetrunken		
54. habe zuhause oder außerhalb schon einmal etwas wertvolleres gestohlen		
55. habe schon mindestens fünfmal wertvolle Dinge entwendet		
56. habe schon einmal mit Absicht Dinge, die mir nicht gehören, zerstört oder beschädigt		
57. dabei ist ein Schaden von mindestens 30 Euro entstanden		
58. bin schon von zu Hause weggelaufen		
59. habe folgende oben nicht genannte Probleme:		

Treibst Du Sport ? Wenn Ja, Welche Sportart ? _____

Spielst Du ein Instrument ? Wenn Ja, Welches ? _____
