

Jugendlichenfragebogen (MJF) J1
für 13–15-Jährige

Patient			
Name		Geb.Datum	
Ausgefüllt von		am	

Diese Fragen beantwortest du selbst

Der JL-Gesundheitscheck dient nicht nur der Überprüfung deiner Gesundheit, sondern bietet auch die Möglichkeit, sich mit deinem Arzt auszutauschen und Fragen zu besprechen. In dieser Phase deines Lebens macht dein Körper bedeutende Veränderungen durch und nähert sich einem erwachseneren Zustand. Es ist möglich, dass gesundheitliche Herausforderungen auftreten, die für deine zukünftige Entwicklung von Bedeutung sind. Solche Probleme können während der JL-Untersuchung identifiziert werden. Um sicherzustellen, dass dein Arzt während der Untersuchung und des Beratungsgesprächs optimal auf deine Bedürfnisse eingehen kann, bitten wir dich, die folgenden Fragen zu beantworten.

Kreuze zutreffendes an, setze die Kreuze nur auf die Kästchen, nicht in die Zwischenräume und lasse bitte keine Frage aus. Solltest du zurzeit Medikamente erhalten, die dein Verhalten ändern, beantworte bitte die Fragen so wie du dich verhältst, wenn du keine Medikamente erhältst.

Schule			
Welche Schule besuchst du?			Klasse
Bist du mit der Schule/den Lehrern/deinen Leistungen zufrieden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Geht so
Fühlst du dich in der Schule und in deiner Klasse wohl?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Geht so
Gibt es Probleme in der Schule?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche?

Familie			
Kommst du gut klar mit deinen Eltern?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Geht so
Kommst du klar mit deinen Geschwistern?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Geht so
Kannst du mit deinen Eltern über Probleme reden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Selten

Freunde			
Hast du Freunde in deinem Alter?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Kannst du mit deinen Freunden über Probleme reden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Selten

Gesundheit			
Fühlst du dich gesund?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Geht so
Warum geht es dir nicht gut?			
Hast du in letzter Zeit körperliche Beschwerden? Wenn ja, welche?			
Sind Erkrankungen oder Allergien bei dir bekannt? Wenn ja, welche?			
Nimmst du regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?			
Hast du Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Hast du Angst? Wenn ja, welche?			

Sport

Betreibst du neben dem Schulsport Sport? Wenn 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 Unzufrieden

Dein Kommentar:

Drogen: Nein, danke Schon probiert Unzufrieden

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 unzufrieden, warum?

Fragen an 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 (bei Mädchen z. B. Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs)

Sorgen, Ängste, Stimmungsschwankungen, die dich belasten Ernährungsfragen, -tipps

Probleme in der Schule, in der Familie, im Freundeskreis

Fragen zur körperlichen Entwicklung, Pubertät, Aufklärung, Sexualität, Verhütung

Vielen Dank für deine Mithilfe!

Dein Praxisteam Zengin

Patient			
Name		Geb.Datum	
Ausgefüllt von		am	

Diese Fragen beantworten deine Eltern

Heutzutage berichten viele Jugendliche zwischen 13 und 15 Jahren von Beschwerden, die das Skelettsystem betreffen. Bei rund 15 Prozent dieser Altersgruppe treten Probleme wie Konzentrationsschwierigkeiten, Leistungsabfall, Persönlichkeitsdefizite und mangelnde Motivation auf. Ebenso nehmen in diesem Lebensabschnitt häufig Drogenprobleme und Essstörungen ihren Anfang.

Die J1-Untersuchung zählt zu den kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen für Kinder im Alter von 13 bis 15 Jahren. Sie zielt darauf ab, festzustellen, ob die körperliche Entwicklung während der Pubertät normal verläuft und berücksichtigt auch die psychische Verfassung der Jugendlichen. In der Pubertät beginnen die Heranwachsenden üblicherweise, sich emotional von den Eltern zu distanzieren. Oft ist es vorteilhaft, wenn die Jugendlichen alleine zur Untersuchung erscheinen. Es ist empfehlenswert, dies mit Ihrem Kind zu besprechen. Wir sind jedoch gerne bereit, einen separaten Termin für ein Gespräch mit Ihnen zu vereinbaren.

Durch das Ausfüllen des beigefügten Fragebogens erleichtern Sie die Vorbereitung auf die bedeutende J1-Untersuchung und liefern uns wichtige Informationen für den Ablauf der Untersuchung.

Familie			
Hat Ihr Kind Geschwister? Wenn ja, wieviele?			
Liegt eine besondere familiäre Situation vor?	Eltern getrennt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Ist ein Elternteil verstorben?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist ein Elternteil alleinerziehend? Kind lebt	<input type="checkbox"/> bei der Mutter	<input type="checkbox"/> beim Vater	
Anmerkung:			
Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn ein eigenes Zimmer?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Gibt es häufig Anlass zu Auseinandersetzungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Anlass:			
Wie schätzen Sie das Vertrauensverhältnis zu Ihrer Tochter/Ihrem Sohn ein? _____			
<small>(Skala von 1 bis 6; 1=starkes Vertrauen, 6=geringes Vertrauen)</small>			
Rauchen Sie?	Mutter: <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Vater: <input type="checkbox"/> Ja
			<input type="checkbox"/> Nein

Gesundheit des Jugendlichen			
Sind im Verlauf der Entwicklung Probleme aufgetreten?			
<input type="checkbox"/> Kleinkindalter	<input type="checkbox"/> Kindergartenalter	<input type="checkbox"/> Schulzeit	
Wenn ja, welche?			
Liegen bekannte Erkrankungen/Behinderungen vor?			
<input type="checkbox"/> Beim Kind	<input type="checkbox"/> Bei den Eltern	<input type="checkbox"/> Bei den Geschwistern	<input type="checkbox"/> Bei den Großeltern
Wenn ja, welche?			
Gab es bei Ihrem Kind bisher Operationen? Wenn ja, welche?			
Nimmt Ihre Tochter/Ihr Sohn regelmäßig Medikamente ein? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende:			
Wurden bei Ihrem Kind alle erforderlichen Impfungen durchgeführt? Bitte unbedingt den Impfausweis mitbringen!			
<input type="checkbox"/> Kleinkindalter	<input type="checkbox"/> Kindergartenalter	<input type="checkbox"/> Schulzeit	

Verhaltensauffälligkeiten			
Bei der Sprache	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Kommentar:
Bei der seelischen Entwicklung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Kommentar:
Im Umgang mit Anderen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Kommentar:
Schwierigkeiten in der Schule	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Kommentar:
Störungen/Schwierigkeiten beim Lernen, Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Kommentar:
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Kommentar:
Essstörungen, Gewichtsprobleme	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Kommentar:
Angstzustände	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Kommentar:
Seh- und/oder Hörbehinderungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Kommentar:
Probleme mit Suchtmitteln (Alkohol, Rauchen, Drogen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Kommentar:

Allgemeine Entwicklung		
Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn besondere Talente/Interessen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Folgende:		
Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn Hobbys?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Folgende:		
Ist Ihre Tochter/Ihr Sohn sportlich aktiv?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sportarten:		
Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn gleichaltrige Freunde?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
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)		

Welche Fragen würden Sie gerne mit uns besprechen?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!
Ihr Praxisteam Zengin