Name: _____ Geburtsdatum: _____

Diese Fragen beantwortest du selbst

Der **J1**-Gesundheitscheck ist nicht nur eine Gelegenheit, um festzustellen, ob du gesund bist, er ist auch ein Angebot zum Gespräch und zum Austausch mit dem Arzt.
Dein Körper verändert sich zurzeit stark. Er ist erwachsener. In deinem Alter können gesundheitliche Probleme auftreten, die für deine weitere Entwicklung nicht unwichtig sind und die der Arzt bei der **J1-Untersuchung** erkennen kann.
Bitte beantworte die nachfolgenden Fragen, damit dein Arzt bei der Untersuchung und dem Beratungsgespräch besonders gut auf dich eingehen kann.

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Schule

Welche Schule besuchst du? _____ Klasse: _____

Bist du mit der Schule/den Lehrern/deinen Leistungen zufrieden? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Geht so

Fühlst du dich in der Schule und in deiner Klasse wohl? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Geht so

Gibt es Probleme in der Schule? ☐ Nein ☐ Ja Welche? _____

Familie

Kommst du gut klar mit:

- deinen Eltern? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Geht so
- deinen Geschwistern? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Geht so

Kannst du mit deinen Eltern über Probleme reden? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Selten

Freunde

Hast du Freunde in deinem Alter?
☐ Ja ☐ Nein

Kannst du mit deinen Freunden über Probleme reden?
☐ Ja ☐ Nein ☐ Selten

Gesundheit

Fühlst du dich gesund? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Geht so

Hast du in der letzten Zeit körperliche Beschwerden?
Wenn ja, welche? _____

Sind Erkrankungen oder Allergien bei dir bekannt?
Wenn ja, welche? _____

Hast du Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen?
☐ Ja ☐ Nein

Warum geht es dir nicht gut? _____

Nimmst du regelmäßig Medikamente ein?
☐ Nein ☐ Ja Welche? _____

Hast du Ängste? Wenn ja, welche? _____

Sport

Betreibst du neben dem Schulsport Sport?
☐ Nein ☐ 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 ☐ Häufig Dein Kommentar: _____
- Drogen: ☐ Nein, danke ☐ Schon probiert ☐ Freunde probieren 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 ja: Warum? _____

Fragen an deinen Arzt/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 (z. B. Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs)
☐ Ernährungsfragen, -tipps
☐ Sorgen, Ängste, Stimmungsschwankungen, die dich belasten
☐ Probleme in der Schule, in der Familie, im Freundeskreis
☐ Fragen zur körperlichen Entwicklung, Pubertät, Aufklärung, Sexualität, Verhütung

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Diese Fragen beantworten deine Eltern

Heute klagen viele der 13- bis 15-Jährigen über Probleme am Skelettsystem. Bei etwa 15 Prozent der Teenager zeigen sich Auffälligkeiten wie Konzentrationsschwäche, Leistungsschwierigkeiten, Persönlichkeitsdefizite und Motivationsprobleme. Auch Drogenprobleme und Essstörungen beginnen oft in dieser Zeit.
Die **J1-Untersuchung** gehört zu den **kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen** für Ihr Kind im Alter von 13 bis 15 Jahren.

Sie soll zeigen, ob die körperliche Entwicklung in der Pubertät normal verläuft. Zudem wird auch die seelische Situation der Heranwachsenden beleuchtet. In der Pubertät beginnen die Jugendlichen meist, sich von den Eltern zu lösen. Oft ist es besser, wenn die Jugendlichen allein zur Untersuchung kommen. Am besten fragen Sie Ihr Kind. Gerne sind wir bereit, uns mit Ihnen zu einem getrennten Gesprächstermin zu verabreden.
Mit dem vorliegenden Fragebogen können Sie die Vorbereitung auf die wichtige J1-Untersuchung erleichtern und uns wesentliche Informationen für diese Untersuchung geben.

Familie

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Hat Ihr Kind Geschwister? Wie viele? _____

Liegt eine besondere familiäre Situation vor? Eltern getrennt? ☐ Ja ☐ Nein Ist ein Elternteil verstorben? ☐ Ja ☐ Nein

Ist ein Elternteil alleinerziehend? Kind lebt ☐ bei der Mutter ☐ beim Vater Anmerkung: _____

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

Gibt es häufig Anlass zu Auseinandersetzungen? ☐ Nein ☐ Ja Anlass: _____

Wie schätzen Sie das Vertrauensverhältnis zu Ihrer Tochter/Ihrem Sohn ein? ____ (Skala von 1 bis 6; 1=starkes Vertrauen, 6=geringes Vertrauen)

Rauchen Sie? Mutter: ☐ Ja ☐ Nein Vater: ☐ Ja ☐ Nein

Gesundheit des Jugendlichen

Sind im Verlauf der Entwicklung Probleme aufgetreten?

☐ Kleinkindalter ☐ Kindergartenalter ☐ Schulzeit Wenn ja, welche? _____

Liegen bekannte Erkrankungen/Behinderungen vor?

☐ Beim Kind ☐ Bei den Eltern ☐ Bei den Geschwistern ☐ Bei den Großeltern

Wenn ja, welche? _____

Gab es bei Ihrem Kind bisher Operationen? Wenn ja, welche? _____

Nimmt Ihre Tochter/Ihr Sohn regelmäßig Medikamente ein? ☐ Nein ☐ Ja Folgende: _____

Wurden bei Ihrem Kind alle erforderlichen Impfungen durchgeführt? Bitte unbedingt den Impfausweis mitbringen!

☐ Ja ☐ Nein ☐ Nicht bekannt

Verhaltensauffälligkeiten

Bei der Sprache
☐ Ja ☐ Nein Kommentar: _____

Bei der seelischen Entwicklung
☐ Ja ☐ Nein Kommentar: _____

Im Umgang mit Anderen
☐ Ja ☐ Nein Kommentar: _____

Schwierigkeiten in der Schule
☐ Ja ☐ Nein Kommentar: _____

Störungen/Schwierigkeiten beim Lernen, Konzentrationsstörungen
☐ Ja ☐ Nein Kommentar: _____

Schlafstörungen
☐ Ja ☐ Nein Kommentar: _____

Essstörungen, Gewichtsprobleme
☐ Ja ☐ Nein Kommentar: _____

Angstzustände
☐ Ja ☐ Nein Kommentar: _____

Seh- und/oder Hörbehinderungen
☐ Ja ☐ Nein Kommentar: _____

Probleme mit Suchtmitteln (Alkohol, Rauchen, Drogen)
☐ Ja ☐ Nein Kommentar: _____

Allgemeine Entwicklung

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn **besondere Talente/Interessen?** ☐ Nein ☐ Ja Folgende: _____

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn **Hobbys?** ☐ Nein ☐ Ja Folgende: _____

Ist Ihre Tochter/Ihr Sohn **sportlich aktiv?** ☐ Nein ☐ Ja Sportarten: _____

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn **gleichaltrige Freunde?** ☐ Nein ☐ Ja

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? _____