

# J1 Fragebogen



Name, Vorname:

Geburtsdatum:

## Herzlich willkommen zur Jugenduntersuchung J1!

Du hast dich zur Jugend-Gesundheitsuntersuchung angemeldet. Diese macht Sinn, weil Du nun kein Kind mehr bist und die Kinderuntersuchungen von damals nicht mehr aktuell sind. Wir werden zusammen sehen, ob Deine gesamte Entwicklung in normalen Bahnen läuft. Da du dich, deinen Körper, deine Psyche, deine Familie viel besser kennst als wir, möchten wir dich bitten, uns die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Wenn du irgendwelche Fragen nicht beantworten, sondern persönlich stellen möchtest, lasse diese aus oder streiche sie durch. Du solltest auch wissen, dass wir diese Angaben auch deinen Eltern gegenüber erst einmal streng vertraulich behandeln.

### Schule

Welche Schule besuchst du? \_\_\_\_\_

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 und Freunde

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  Geht so

Hast du Freunde in deinem Alter?  Ja  Nein

Kannst du mit deinen Freunden über Probleme reden?  Ja  Nein

### Gesundheit

Fühlst du dich gesund?  Ja  Nein  Geht so

Wenn nein, warum geht es dir nicht gut? \_\_\_\_\_

Hast du in der letzten Zeit körperliche Beschwerden?  Ja, welche? \_\_\_\_\_  Nein

Nimmst du regelmäßig Medikamente ein?  Ja, welche? \_\_\_\_\_  Nein

Sind Erkrankungen oder Allergien bei dir bekannt?  Ja  Nein

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Hast du Ängste?  Ja, welche? \_\_\_\_\_  Nein

Hast du Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen?  Ja  Nein

Gibt es Probleme mit der Ernährung?  Ja, welche? \_\_\_\_\_  Nein

# J1 Fragebogen



Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Hast du besondere Essgewohnheiten, z.B. vegetarische Kost usw.?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hast du Pubertätsprobleme?  Ja, welche? \_\_\_\_\_  Nein

## Bei Mädchen

Hattest du schon deine erste Regelblutung, wenn ja in welchem Jahr? \_\_\_\_\_

Wann kommt deine Blutung?  regelmäßig  unregelmäßig

Wann war deine letzte Blutung? \_\_\_\_\_

Hast du Sexualprobleme?  Ja, welche? \_\_\_\_\_  Nein

## Bei Jungen

Hattest du deinen Stimmbruch?  Ja, wann? \_\_\_\_\_  Nein

Hast du Sexualprobleme?  Ja, welche? \_\_\_\_\_  Nein

## 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)

Hast du schon Erfahrungen mit Drogen?

Nein  Ja mit  Zigaretten  Alkohol

Weiβt du, wie man mit Suchtmitteln umgeht?  Ja  Nein, Fragen/Kommentar:  
\_\_\_\_\_

## Womit verbringst du den größten Teil deiner Freizeit?

Hobbys, welche? \_\_\_\_\_

Freunde  Familie  Computer spielen/Chatten

Wenn ja, wie lange täglich? \_\_\_\_\_

Fernsehen, wenn ja, wie lange täglich? \_\_\_\_\_  Rumhängen, Chillen  Anderes

Betreibst du neben dem Schulsport Sport?  Ja, welchen? \_\_\_\_\_  Nein

Wie oft machst du in der Woche Sport? \_\_\_\_\_

Wie zufrieden bist du mit deiner körperlichen Entwicklung, deiner Größe, deinem Gewicht?

zufrieden  geht so  unzufrieden, warum? \_\_\_\_\_

# J1 Fragebogen



Name, Vorname:

Geburtsdatum:

## Fragen an deine Ärztin

Markiere die Themen, über die du mit uns sprechen möchtest.

(Das Gespräch unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht!)

Fragen zu deiner Gesundheit

Fragen zur körperlichen Entwicklung, Pubertät, Aufklärung, Sexualität,

Fragen zu Medikamenten, Alkohol, Drogen, Rauchen, Suchtverhalten

Ernährungsfragen, -tipps

Sorgen, Ängste, Stimmungsschwankungen, die dich belasten

Probleme in der Schule, Mobbing

Probleme in der Familie und/oder Freundeskreis

Fragen zu Impfungen

## Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

## Erklärung der Patientin

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

---

Datum

---

Unterschrift Patient:in

# J1 Fragebogen



Name, Vorname:

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 sich die Jugendlichen meist 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 wichtige Informationen für diese Untersuchung geben.

### Familie

Hat Ihr Kind Geschwister?  Ja, wie viele? \_\_\_\_\_  Nein

Liegt eine besondere familiäre Situation vor?

Eltern getrennt?  Ja  Nein

Elternteil verstorben?  Ja  Nein

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 1–6; 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 Großeltern

Wenn ja, welche?

---

# J1 Fragebogen

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Gab es bei Ihrem Kind bisher Operationen?  Nein       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, folgende: \_\_\_\_\_

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn gleichaltrige Freunde?  Nein  Ja

Sind Sie mit der Entwicklung Ihrer Tochter/Ihres Sohnes zufrieden? \_\_\_\_\_

(Skala von 1–6; 1= Sehr, 6= überhaupt nicht)

Sind Sie mit dem schulischen Werdegang Ihrer Tochter/Ihres Sohnes zufrieden? \_\_\_\_\_

(Skala von 1–6; 1= Sehr, 6= überhaupt nicht)

**Welche Fragen würden Sie gerne mit uns besprechen?**