

Jugend- Gesundheitsuntersuchung Infoblatt

Liebe Jugendliche, lieber Jugendlicher

Die Jugendgesundheitsuntersuchung J1 ist die letzte „offizielle“ Vorsorgeuntersuchung vor dem Erwachsenwerden.

Diese Untersuchung umfasst:

- Anamnese: bitte fülle die beigefügten Fragebögen zu Hause aus und bringe sie zur Untersuchung mit
- Blutdruck messen, Größe- und Gewichtsmessung
- körperliche Untersuchung durch die Ärztin/Arzt
- Überprüfung des Impfschutzes
- Beratung

Schweigepflicht:

Dein Arzt unterliegt der Schweigepflicht (ab einem Alter von 14 Jahren übrigens auch deinen Eltern gegenüber) und so kannst du hier vielleicht auch Dinge besprechen, die dir evtl. unangenehm sind.

Terminvereinbarung:

Ruf einfach an und vereinbare einen Termin (Tel: 08382/887829) in unserer Praxis, oder bei einem Arzt deiner Wahl.

Bitte bring deinen Impfpass und deine Versicherungskarte, sowie die Fragebögen mit.

Natürlich darf dich auch ein Elternteil begleiten.

Mit freundlichen Grüßen

Dein Praxis-Team

Jugend- Gesundheitsuntersuchung (Jugendfragebogen)

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

Liebe(r) Jugendliche(r),

Der J1 Gesundheitscheck ist nicht nur eine Gelegenheit 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 erkennen kann. **Bitte beantworte die nachfolgenden Fragen, so dass ich bei der Untersuchung und dem Beratungsgespräch besonders gut auf dich eingehen kann.**

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?

Ja Nein

Familie

Kommt Du gut klar mit Deinen Eltern?

Ja Nein Geht so

Kommt Du gut klar mit Deinen Geschwistern?

Ja Nein Selten

Kannst Du mit Deinen Eltern über Probleme reden?

Ja Nein Selten

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?

Ja Nein

Sind Erkrankungen oder Allergien bei Dir bekannt? Wenn ja, welche?

Ja Nein

Hast Du Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen?

Ja Nein

Warum geht es Dir nicht gut? (Nur bei Bedarf ausfüllen):

Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Ja Nein

Hast Du Ängste? Wenn ja, welche?

Ja Nein

Sport

Betreibst Du neben dem Schulsport Sport? Wenn ja, welchen?

Ja 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 dazu etwas sagen möchtest):

Zigaretten	<input type="checkbox"/> Nein danke	<input type="checkbox"/> Ich rauche selbst	<input type="checkbox"/> Freunde rauchen	Dein Kommentar:
Alkohol	<input type="checkbox"/> Nein danke	<input type="checkbox"/> Hin und wieder	<input type="checkbox"/> Häufig	Dein Kommentar:
Drogen	<input type="checkbox"/> Nein danke	<input type="checkbox"/> Schon probiert	<input type="checkbox"/> Freunde probieren	Dein Kommentar:

Womit verbringst Du den größten Teil Deiner Freizeit?

Hobbys. Welche?
 Freunde Familie Computer Fernsehen Chillen Anderes

Wie zufrieden bist Du mit Deiner körperlichen Entwicklung, Deiner Größe, Deinem Gewicht?

Zufrieden Geht so Unzufrieden – Warum?

Fragen an Deinen Arzt

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 Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs)
- Ernährungsfragen, Ernährungstipps
- Sorgen, Ängste, Stimmungsschwankungen, die Dich belasten
- Probleme in der Schule, in der Familie, im Freundeskreis
- Fragen zur körperlichen Entwicklung, Pubertät, Aufklärung, Sexualität, Verhütung

Vielen Dank für Deine Mithilfe!

Jugend- Gesundheitsuntersuchung (Elternfragebogen)

Name, Vorname Ihrer Tochter/Ihres Sohnes	Geburtsdatum
--	--------------

Liebe Eltern,

Heute klagen viele der 13- bis 15-Jährigen über Probleme am Skelettsystem. Bei etwa 15 Prozent der Teenager zeigen sich Auffälligkeiten wie Konzentrationschwäche, 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 Nein Wenn ja, wie viele? _____

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 ein eigenes Zimmer?

Ja Nein

Gibt es häufig Anlass zu Auseinandersetzungen? Anlass?

Ja Nein

Wie schätzen Sie das Vertrauensverhältnis zu Ihrer Tochter/Ihrem Sohn ein?

Note: _____

Bewertung durch Notensystem von 1-6 (1=starkes Vertrauen, 6=kein 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? Ja Nein

Nimmt Ihre Tochter/Ihr Sohn regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? Ja Nein

Wurden bei Ihrem Kind alle erforderlichen Impfungen durchgeführt? Bitte unbedingt den Impfpass mitbringen. Ja Nein

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, Konz.störungen 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**? Ja Nein Folgende:

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

Ist Ihre Tochter/Ihr Sohn **sportlich aktiv**? Ja Nein Folgende:

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

Sind Sie mit der **Entwicklung** Ihrer Tochter/Ihres Sohnes zufrieden? _____ (Skala 1-6; 1=Sehr, 6=überhaupt nicht)

Sind Sie mit dem **schulischen Werdegang** Ihrer Tochter/Ihres Sohnes zufrieden? _____ (Skala 1-6; 1=Sehr, 6=überhaupt nicht)

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!