

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
 - Alkohol: Nein, danke Hin und wieder Häufig
 - 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 (bei Mädchen 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

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

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

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? _____