Fragebogen **J1/J2** für die Eltern! ausgefüllt am: \_\_. \_\_. \_\_\_\_

Name der/des Jugendlichen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geb.am: \_\_. \_\_. \_\_\_\_

Gesundheitsstörungen:

Leidet oder litt **Ihr Kind oder ein anderes Familienmitglied** an einer der folgenden Störungen/Erkrankungen:

Ο Ja  Allergien,  Asthma,  Heuschnupfen,  Ekzem,  Atemnot ( in Ruhe  bei Belastung)?

Ο Ja Schmerzen?  Bauch,  Kopf,  Rücken,  Hüfte,  Knie,  andere

 Wie häufig: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  tags,  nachts,  nach Belastung?

Ο Ja  Herzinfarkte  Kreislaufprobleme  Fettstoffwechselstörungen?

Ο Ja Gehäufte oder länger dauernde Infektionen?

Ο Ja  Sehstörungen/-behinderung  Brille  Schielen,  Hörstörungen/-behinderung

Ο Ja  Bluthochdruck,  Nierenkrankheiten,  Übergewicht,  Blutkrankheiten

Ο Ja  Krampfanfälle,  Seelische Leiden

Ο Ja Hat Ihr Kind seit der letzten Vorsorgeuntersuchung schwere oder entwicklungsgefährdende

Erkrankungen oder Operationen durchgemacht? Welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sind Ihnen bei Ihrem Kind aufgefallen**:

Ο Ja Störungen der Seelischen Entwicklung/Verhaltensauffälligkeiten?

Ο Ja Ist Ihr Kind  tags und/oder  nachts noch nicht sauber? ( Stuhl,  Urin)

Ο Ja Bestehen ausgeprägte Ein- oder Durchschlafstörungen?

Ο Ja Gibt es Probleme mit dem Essen? ( zu wenig?  Zu viel?)

Ο Ja Hat Ihr Kind häufig Streitereien, die Ihnen Sorge bereiten? Mit Erwachsenen, mit anderen

Kindern/Jugendlichen?

Ο Ja  Ist es zu aggressiv?  Hat es Stimmungsschwankungen?

Ο Ja Hat Ihr Kind besonders viel Angst? Wann, wovor, vor wem: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ο Ja Habe Sie emotionale Störungen (z.B. ausgeprägtes Traurigsein) beobachtet?

Ο Ja Spielt/kooperiert Ihr Kind nicht/nur ungern mit Gleichaltrigen?

Ο Ja Ist Ihr Kind in einer Gruppe Gleichaltriger integriert?

Ο Ja Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren, ist es motorisch überaktiv oder ungeschickt?

Ο Ja Fehlt Ihrem Kind beim Lernen/Spielen Ausdauer, Aufmerksamkeit, und /oder Konzentration?

**Familienumfeld:**

Beruf: Vater: Mutter:

Ο Ja Rauchen Sie ?  Vater  Mutter?

Ο Ja  Scheidung, Trennung?  Alleinerziehend?

 Hat Ihr Kind regelmäßig Kontakt zu beiden Elternteilen? Welches Modell:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Schulische Entwicklung:**

Ο Ja Macht Ihnen der schulische Werdegang Ihres Kindes Sorgen?

Ο Nein Sind Sie mit den schulischen Leistungen insgesamt zufrieden?

Ο Ja Gibt es Schwierigkeiten mit Lehrern/Mitschülern? Welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ο Ja Andere Probleme in der Schule?  Lesen  Schreiben  Rechnen  Hausaufgaben

 Überforderung  Unterforderung  Konzentration  motorische Unruhe  Verhalten

 Gewalt  Alkohol  Rauchen  Drogen

**Gesundheitsverhalten:**

Ο Ja Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ο Ja Hat Ihr Kind bereits Erfahrungen mit  Alkohol  Rauchen  Drogen

**Seelische Entwicklung:**

Ο Ja Gibt Ihnen die Entwicklung oder das Verhalten Ihres Kindes Anlass zur Sorge? Was genau?

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_