



Jugenduntersuchung - Elternfragebogen

Name des Kindes

Name, Vorname

Geb.-Datum

Ausgefüllt von

Name, Vorname

Datum

Hatte Ihr Kind seit der letzten
Vorstellung in unserer Praxis ernsthafte
Erkrankungen oder Operationen?

nein

ja, falls ja, welche

Nimmt Ihr Kind dauerhaft Medikamente ein?

nein

ja, falls ja, welche

Leidet Ihr Kind an Allergien?

nein

ja, falls ja, welche

War Ihr Kind in den letzten 12 Monaten bei
einem Arzt oder Therapeuten?

Augenarzt

HNO-Arzt

Hautarzt

Orthopäde

Gynäkologe

Urologe

Psychologe/Psychiater

Sonstige

Anlass

Ist Ihr Sohn/Tochter gegen HPV geimpft?

ja

nein

Leben Sie als Eltern getrennt?

nein

ja

Ist ein Elternteil verstorben?

nein

ja

Sind Sie alleinerziehend?

nein

ja

Kind lebt bei

Mutter

Vater

Anmerkung _____

Hat Ihr Kind Geschwister oder Halbge-
schwister?

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn ein eigenes
Zimmer?

ja

nein

Gibt es große Sorgen in der Familie?

nein

ja



Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?

ja nein

Wenn nein, warum? Was ist Ihnen aufgefallen oder bereitet Ihnen Sorgen?

Wie schätzen Sie das Vertrauensverhältnis zu Ihrem Kind ein?

_____ (Skala von 1-6, 1=starkes Vertrauen, 6=geringes Vertrauen)

Welche Schule besucht ihr Kind?

Welche Klasse besucht Ihr Kind?

Fühlt es sich wohl in der Schule?

ja nein

Gibt es Schwierigkeiten in der Schule?

nein ja, wenn ja
 mit dem Lernstoff mit den Mitschülern mit den Lehrern

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind durchschnittlich am Tag am Bildschirm (Fernsehen, Handy, Tablet, Playstation, Konsole...)?

< 1 Std. 1-3 Std. > 3 Std.

Die nun folgenden Fragen beziehen sich auf den Zeitraum der letzten 6 Monate.

Mein Kind

hat ständig Angst, dick zu werden nein ja

hat aufgrund seines Essverhaltens deutlich abgenommen nein ja

hat Übergewicht nein ja

hat Migräne nein ja

wurde wegen seines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, einem Ausflug oder einer Klassenfahrt ausgeschlossen nein ja

schwänzt manchmal die Schule nein ja

prügelt sich manchmal mit anderen Kindern oder Jugendlichen nein ja

hat starke Angst davor, zur Schule zu gehen nein ja

wird von anderen Jugendlichen häufig geärgert, gehänselt, geprügelt oder gemobbt nein ja

hat Angst vor anderen Jugendlichen nein ja

ist schon fast übertrieben ordentlich nein ja

wäscht sich oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind nein ja



- kontrolliert bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach (z.B. dass Türen oder Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist) nein ja
- ist mindestens einmal pro Woche für min. 3 Stunden traurig oderniedergeschlagen nein ja
- war schon einmal min. 2 Wochen am Stück traurig oder niedergeschlagen nein ja
- hat schon einmal ernsthaft daran gedacht, sich umzubringen nein ja
- ist in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen nein ja
- ist bei den Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen nein ja
- ist beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause oft sehr unüberlegt und vorschnell nein ja
- raucht nein ja
- trinkt Alkohol nein ja

Haben Sie Fragen an uns? Worüber möchten Sie mit uns sprechen?
