



Kinder,- und Jugendarztpraxis kunterbunt

Dr. med. S. Walker
Beinsteinerstr.4
71334 Waiblingen
Tel.: 07151/21080
Fax 07151/902442

Information zur J1

Liebe Jugendliche, liebe Eltern,

viele in deinem Alter fühlen sich gesund und haben doch Beschwerden, Konflikte und Sorgen über die sie sich nicht trauen mit jemandem zu reden. Bei dieser Vorsorgeuntersuchung möchten wir uns Zeit nehmen, um durch eine körperliche Untersuchung, Hörtest, Sehtest, Urinuntersuchung evtl. auch Blutuntersuchung, deine Entwicklung und Gesundheit zu überprüfen, aber auch deine Fragen ausreichend und in Ruhe beantworten zu können.

Außer diesem Merkblatt erhältst du einen Fragebogen und Satzergänzungsfragebogen, die du möglichst ohne Hilfe und vertraulich ausfüllst. Er kann wichtige Hinweise für die Situation geben, in der du dich befindest und Anknüpfungspunkte für ein Gespräch bieten.

Bring bitte alle 2 Seiten ausgefüllt zur Untersuchung mit! Ein anderer Fragebogen ist an deine Eltern gerichtet. Bitte sie ihn auszufüllen und bringe ihn ebenfalls am Untersuchungstag mit. Dazu deinen Impfpass und dein altes Vorsorgeuntersuchungsheft.

Die Beantwortung beider Fragebögen ist natürlich freiwillig.

Die Untersuchung kann je nach Deinem Wunsch alleine oder wenn Du möchtest mit den Eltern durchgeführt werden. Als erstes wirst du mit einem unserer Ärztinnen alleine sprechen, dann können deine Eltern, wenn Du damit einverstanden bist dazu gerufen werden.

Wir fühlen uns Dir- wie allen unseren Patienten- auch Verwandten gegenüber an die Schweigepflicht gebunden.

Deine Kinder- und Jugendärzte

aus der Praxis kunterbunt

Anamnesebogen zur J1

Lieber Patient, liebe Patientin, wir bitten dich diesen Anamnesebogen von deinen Eltern für uns ausfüllen zu lassen:

Zur Familie: _____ x-tes Kind von _____ Kindern.

Erkrankungen bei: Geschwistern Eltern Großeltern

Herzerkrankungen ja nein Bluthochdruck ja nein

Gelenk- u. Knochenerkrankungen ja nein Allergien ja nein

Lungenerkrankungen ja nein Fehlsichtigkeit ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein Hörstörung ja nein

Fettstoffwechselstörung ja nein Tumore ja nein

Nierenerkrankungen ja nein Übergewicht ja nein

Seelische Leiden, Anfallsleiden ja nein Bluterkrankung ja nein

Stoffwechselkrankheiten, wie z. B. Diabetes; _____

Die Größe der Eltern: Mutter: _____ cm Vater: _____ cm

Familienumfeld: Beruf der Mutter: _____
Beruf des Vaters: _____

Alleinerziehend ja nein Scheidung ja nein

Nikotingewohnheiten ja nein

Wohnungssituation: eigenes Zimmer ja nein

Zum Jugendlichen:

Schwangerschaftsvorgeschichte: normal Probleme: _____

Geburt und Entwicklung:

normal Frühgeburt Risikogeburt Probleme: _____

Probleme: Kleinkindesalter Kindergarten Schulalter

Therapien: Logopädie Ergotherapie
 Krankengymnastik Psychotherapie

Behinderungen: ja nein Welche: _____

Operationen: ja nein Welche: _____

Wesentliche Unfälle: ja nein Welche: _____

Schulprobleme: ja nein Welche: _____

Gravierende Erkrankungen: Welche: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

Initialen: _____

Geburtsdatum: _____

**Diesen Fragebogen und den Satzergänzungsbogen beantwortest Du bitte selbst!
(Wenn Du etwas nicht wissen solltest, dann lass es einfach frei)**

Leidest Du häufig unter Beschwerden?

Schwindel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Müdigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sonstiges	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	↳ Was? _____		

Hast Du eine Blasenschwäche oder nässt Du ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hast Du oft Durchfall?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hast Du oft Verstopfung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hast Du vor etwas eine besondere Angst?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Schulbildung: Besuchst Du die/das

<input type="checkbox"/> Hauptschule	<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> Gymnasium	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Welche Klasse?: _____		Deine Durchschnittsnote?: _____	

Bist Du versetzungsgefährdet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Deine Lieblingsfach/-fächer?: _____
Schwänzt Du den Unterricht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Machst Du Hausaufgaben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Deine Problemfach/-fächer?: _____
Hast Du Schulangst?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Sport:

<input type="checkbox"/> Kein Sport	<input type="checkbox"/> Vereinssport	<input type="checkbox"/> Freizeitsport	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
-------------------------------------	---------------------------------------	--	---

Hobbies:

Fühlst Du Dich in Deiner Klasse wohl?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Hast Du in Deiner Klasse/Schule Freunde?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Kannst Du Dich an Regeln halten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Kannst Du großzügig sein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Hast Du gleichaltrige Freunde?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Gibst Du Dich zu Hause anders als in der Schule?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Erledigst Du gestellte Aufgaben genau und pünktlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bist Du mit deiner körperlichen Entwicklung; Deiner Größe und Gewicht zufrieden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bist Du überwiegend	<input type="checkbox"/> ausgeglichen	<input type="checkbox"/> traurig	<input type="checkbox"/> aggressiv

Menarche (1. Regelblutung)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> seit Wann? _____
Stimmbruch?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> seit Wann? _____

TV-Video und DVD-Konsum?:	<input type="checkbox"/> Stunden pro Tag: _____
Computerspiele und/oder PC-Konsum?	<input type="checkbox"/> Stunden pro Tag: _____
Walkman;-MP3;-i Phone- und Musik-Konsum?	<input type="checkbox"/> Stunden pro Tag: _____

Liest Du gerne?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
↳ Was?	<input type="checkbox"/> Bücher	<input type="checkbox"/> Zeitschriften	<input type="checkbox"/> Comics

Abendliche Beschäftigung: Jugendtreffs Vereine Sonstiges: _____

Rauchen?: ja nein Alkohol?: ja nein Drogenerfahrung?: ja nein

Essgewohnheiten?: ja nein
Probleme?: _____

**Bitte vervollständige diese Sätze
(ohne lange Nachzudenken und aus Deinem Bauch heraus)!**

Rotter: Satzergänzungstest:

Ich mag gern

Ich möchte wissen

Zu Hause

Es tut mir leid

Jungen

Der (die, das) Beste

Was mich ärgert

Eine Mutter

Meine größte Angst

Auf der Schule

Ich kann nicht

Mir gelang nicht

Ich leide

Die Zukunft

Ich brauche

Mir geht es am besten

Was mich quält

Mir ist zuwider

Ich bin sehr

Ich wünsche

Mein Vater

Heimlich

Meine größte Sorge ist

Die meisten Mädchen