

Elternfragebogen J1



Name des Jugendlichen: _____

Gab es seit der letzten U-Untersuchung:

- Schwerwiegende Erkrankungen/Unfälle: _____
- Operationen: _____
- Besondere familiäre Belastung: _____

Wie schätzen Sie das Vertrauensverhältnis zu Ihrem Kind ein? (1=starkes Vertrauen bis 6=geringes Vertrauen):

-
- 1 2 3 4 5 6

- Gibt es häufig Anlass zu Auseinandersetzungen: ja nein
- Sind in der bisherigen Entwicklung Probleme aufgetreten: ja nein
- Nimmt Ihr Kind Medikamente ein: ja nein
- Hat Ihr Kind Hobbys: ja nein
- Hat Ihr Kind gleichaltrige Freunde: ja nein
- Hat Ihr Kind besondere Talente/Interessen: ja nein

Gibt es bei Ihrem Kind aktuell

- Schulprobleme: _____
- Verhaltensauffälligkeiten, Verdacht auf Depression: _____
- Ernährungsprobleme/Gewichtsprobleme: _____
- Verdacht auf Hörstörung: _____
- Verdacht auf Sehstörung: _____
- Verdacht auf Medien- oder Spielsucht: _____
- Verdacht auf Rauchen, Drogen-/Alkoholprobleme: _____

Gibt es bei Verwandten 1. Grades stark erhöhte Blutfettwerte: ja nein