

Fragebogen Vorsorge J2

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Ausgefüllt von: _____ Ausgefüllt am: _____

Ich...	Stimmt nicht	Stimmt
... habe Migräne		
... musste wegen Kopfschmerzen zum Arzt		
... leide unter asthmatischen Beschwerden/chronischer Bronchitis		
... mache mir viele Sorgen um meine Gesundheit		
... habe manchmal nervöse Zuckungen (z.B. Blinzel-, Zwinker-, Räuspertic)		
... kann schlecht einschlafen (d.h., liege mehrere Stunden wach)		
... wache häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen (liege mindestens eine Stunde wach)		
... muss bei starker Aufregung stottern		
... habe mehr als einmal im letzten halben Jahr ins Bett gemacht		
... habe mehr als einmal im letzten halben Jahr eingekotet		
... habe meistens nur wenig Appetit		
... bin sehr wählerisch beim Essen		
... habe ständig Angst, dick zu werden		



Ich...	Stimmt nicht	Stimmt
... habe aufgrund meines Essverhaltens mind. 7 kg abgenommen und bin untergewichtig		
... habe mindestens 10 kg Übergewicht		
... werde manchmal wegen meines Übergewichts geärgert		
... habe mit meinen Eltern oft Streit		
... mache, was ich will, auch wenn meine Eltern anderer Ansicht sind		
... wurde wegen meines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, einem Ausflug oder Klassenfahrt ausgeschlossen		
... schwänze manchmal die Schule		
... habe starke Angst davor, zur Schule zu gehen		
... streite mich fast jeden Tag mit meinen Geschwistern...		
... habe dabei auch ernsthafte Verletzungen, Quälereien oder Drohungen erfahren		
... werde von anderen Jugendlichen häufiger geärgert, gehänselt, geprügelt		
... habe Angst vor anderen Jugendlichen		
... habe überhaupt keinen Kontakt zu anderen Jugendlichen		
... prügle mich manchmal mit anderen Kindern oder Jugendlichen...		
... wechsele häufig meine Freunde		
...bin in der Schule leicht ablenkbar und unkonzentriert		
...bin bei den Hausaufgaben sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert		
... bin bei Regelspielen (Karten-/Brettspiele) sehr ablenkbar und unkonzentriert		
... bin in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen		





Ich...	Stimmt nicht	Stimmt
... bin bei den Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen		
...bin bei Regelspielen (Karten-/Brettspielen) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen		
... bin im Straßenverkehr sehr unüberlegt, vorschnell, unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten		
... bin beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause sehr unüberlegt und vorschnell		
... bin beim Spielen oft vorschnell, unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten		
... bin ängstlich, mache mir viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben), werde dann manchmal vor lauter Aufregung „krank“		
... habe panische Angst vor Spinnen, Mäusen, Ratten oder Hunden		
... habe panische Angst, allein zu Hause zu bleiben		
... habe panische Angst vor fremden Menschen (z.B. bei einer Einladung)		
... habe panische Angst vor Blitz, Donner oder Dunkelheit		
... habe panische Angst vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen		
... bin schon fast übertrieben ordentlich		
... wasche mir oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind		
... kontrolliere bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach (z.B. ob Türen oder Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist)		
... kaue oder reiße so stark die Fingernägel, dass es häufig zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise freiliegt		
... habe fast täglich einen Wutanfall		





Ich...	Stimmt nicht	Stimmt
... bin mindestens einmal pro Woche für mindestens drei Stunden traurig oder niedergeschlagen...		
... diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis		
... war schon einmal mind. 2 Wochen traurig oder niedergeschlagen		
... bin nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn ich traurig bin		
... habe schon einmal ernsthaft daran gedacht, mich umzubringen		
... rauche mindestens eine Schachtel Zigaretten pro Woche		
... trinke mehrmals pro Woche Alkohol		
... bin mehrmals pro Monat angetrunken		
... habe zu Hause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolles (Wert größer 30€) gestohlen		
... habe schon mind. fünfmal weniger wertvolle Dinge entwendet		
... habe schon einmal mit Absicht Dinge, die mir nicht gehören, zerstört/beschädigt...		
... habe damit einen Schaden von mind. 30€ verursacht		
... bin schon von zu Hause weggelaufen		
... habe folgende, oben nicht genannte Probleme: Bitte Rückseite benutzen!		





Fragen an Dich	Ja	Nein
Hast du Fragen zu Deiner Gesundheit? Welche? _____		
Hast Du Probleme mit dem Hören oder Sehen?		
Was sind deine Lieblingsfächer in der Schule? _____		
Was hast Du für eine Note in Sport? _____ Und in Kunst? _____		
Gibt es für Dich Probleme in der Schule? Welche? _____		
Hast Du Hobbys? Welche? _____		
Ist ihr Kind in einem Sportverein? Sportart: _____		
Weißt du schon, was Du einmal werden willst?		
Bewegst du dich täglich mehr als eine Stunde (einschl. Schulweg)		
Mehr als drei Stunden?		
Nutzt Du TV/PC/Tablet/Smartphone täglich mehr als eine Stunde?		
Mehr als drei Stunden?		
Mehr als sechs Stunden?		
Wie oft und wie viel Alkohol trinkst Du?		
Rauchst Du?		
Hast Du schon mal Drogen probiert?		
Für Mädchen: Wann hattest Du Deine erste Periode?		
Für Jungen: Wann hattest Du Deinen ersten Samenerguss?		
Hast Du Fragen zu Sexualität/Verhütung/Schutz vor Aids?		
Hast Du andere Fragen an uns?		





Fragen an die Eltern		
Gab es seit der J1 bei Ihrem Jugendlichen:	Ja	Nein
Ernsthafte Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte, Operationen? Welche? _____		
Schwere oder häufige Infekte?		
Allergien?		
Probleme mit dem Hören?		
Probleme mit dem Sehen?		
Welche Schule und welche Klasse besucht er/sie? _____		
Gibt es in der Schule Probleme?		
Bewegt sie/er sich täglich mehr als eine Stunde (einschließlich Schulweg etc.)?		
Mehr als drei Stunden?		
Nutzt Ihr Kind TV/PC/Tablet/Smartphone täglich mehr als eine Stunde?		
Mehr als drei Stunden?		
Mehr als Sechs Stunden?		
Sind sie mit der Entwicklung Ihres Jugendlichen insgesamt zufrieden?		
Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt? _____ Welche? _____		
Verwenden Sie im Haushalt Salz mit: <input type="checkbox"/> Jod <input type="checkbox"/> Fluorid <input type="checkbox"/> Folsäure		
Gibt es besondere Belastungen in Ihrer Familie? Wenn Ja: welche? _____		
Gibt es in der Familie Cholesterinprobleme? Herzinfarkte unter 50 Jahren?		





KINDERÄRZTIN

Praxis für Kinder- und Jugendmedizin - Neuropädiatrie

TARANEH GHASSEMI-KELLER

Taraneh Ghassemi-Keller
Fachärztin für Kinder- und
Jugendmedizin
Neuropädiaterin

Adresse
Sachsenhausen 11
63773 Goldbach

Kontakt
Telefon: +49 6021 / 588 32 - 0
Fax: +49 - (0) 6021 / 588 32 - 18
info@kinderarztpraxis-goldbach.de
www.kinderarztpraxis-goldbach.de

Sprechstunde
Mo - Fr 8.00 - 11.30 Uhr
Mo, Di, Do 14.30 - 17.30 Uhr

