

DER Hausarzt



20. März 2015

Sonderheft

Kinder und Jugendliche
beim Hausarzt

Fragebögen
U2 bis J2

als
**Kopier-
vorlage**



U2

FRAGEBOGEN 3. – 10. LEBENSTAG



Halfpoint - Fotolia

Schwerpunkte:

Fehlbildungen,
Syndromerkrankungen,
Herzvitien

Name des Kindes

	Ja	Nein
1. Haben Sie Schwangerschaft und Geburt in überwiegend positiver Erinnerung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Verlieft die Geburt ohne Komplikationen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Wollen Sie Ihr Kind stillen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Haben Sie genügend Unterstützung bei der Geburt erfahren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. War der Vater des Kindes bei der Geburt anwesend?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Haben Sie Unterstützung in der Familie oder im Freundeskreis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Nutzen Sie die Hilfe einer Hebammenbetreuung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Fühlen Sie sich kräftig genug, den Alltag mit Ihrem Kind zu bewältigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Fühlen Sie sich wohl in der neuen Lebenssituation mit Ihrem Kind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Kind Kontakt zu Ihnen sucht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Wurde bei Ihrem Kind ein Stoffwechseltest mittels Blutentnahme durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Wurde ein apparativer Hörtest durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. In unserer Familie sind keine angeborenen Hüfterkrankungen bekannt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

U3

FRAGEBOGEN 4. – 6. LEBENSWOCHE



inark - Fotolia

Schwerpunkte:

Schwerwiegende angeborene Erkrankungen und neurologische Störungen, Motivation zur Impfung und Aufklärung darüber

Name des Kindes

	Ja	Nein
1. Haben Sie Schwangerschaft und Geburt in überwiegend positiver Erinnerung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ist Ihre Wohnung vollständig rauchfrei?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Wird Ihr Kind gestillt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Haben Sie festgestellt, dass Ihr Kind auf Geräusche bzw. die Stimme der Eltern reagiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Schaut Ihr Kind Sie an und Ihnen nach?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Schläft Ihr Kind im eigenen Bett im Elternschlafzimmer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Liegt die Raumtemperatur im Schlafzimmer des Kindes bei den empfohlenen 16 – 18 °C?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Liegt Ihr Kind beim Schlafen und in unbeobachteten Momenten immer auf dem Rücken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Legen Sie Ihr Kind, wenn es wach und unter Beobachtung ist, auch auf den Bauch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Wendet Ihr Kind seinen Kopf zu beiden Seiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Unterstützt der Vater des Kindes Sie im täglichen Leben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Haben Sie Hilfe durch Familie und Freunde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Verbleiben Ihnen Freiräume für sich selbst und Ihre eigenen Interessen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Fühlen Sie sich wohl in der neuen Lebenssituation mit ihrem Kind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Bekommt Ihr Kind täglich Vitamin D/Fluor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

U4

FRAGEBOGEN 3. – 4. LEBENSMONAT



Elena Stepanova - Fotolia

Schwerpunkte:

Neurologische
Entwicklung, soziale
Interaktionsfähigkeit,
Gedeihstörungen

Name des Kindes

	Ja	Nein
1. Kann Ihr Kind den Kopf in Bauchlage heben und gehoben halten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Stützt sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme und kann es dabei den Kopf für einige Sekunden heben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Greift Ihr Kind gezielt nach Gegenständen und führt es diese zum Mund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Schläft Ihr Kind nachts bereits mehrere Stunden durch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Lächelt ihr Kind Sie und andere Personen an?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Verfolgt Ihr Kind Gegenstände mit den Augen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Reagiert das Kind auf Ansprache?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ist Ihre Wohnung vollständig rauchfrei?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ist der Umgang innerhalb der Familie (z. B. Geschwisterkinder) problemlos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Haben Sie mögliche Unfallgefahren im Haushalt beseitigt? (Steckdosen, Elektrokabel, verschluckbare Gegenstände, Putz- und Waschmittel etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Schaffen Sie sich selbst persönliche Freiräume?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Pflegen Sie mit Ihrem Kind soziale Kontakte? (beispielsweise Elterntreff, Krabbelgruppe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ergab die Hüftultraschalluntersuchung einen unauffälligen Befund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Bekommt Ihr Kind täglich Vitamin D/Fluor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

U5

FRAGEBOGEN 6. – 7. LEBENSMONAT



Alexandr Vasilyev - Fotolia

Schwerpunkte:

Neurologische
Entwicklung, soziale
Interaktionsfähigkeit

Name des Kindes

	Ja	Nein
1. Kann Ihr Kind beidhändig nach Gegenständen greifen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Kann Ihr Kind sich aktiv vom Rücken auf den Bauch oder umgekehrt drehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Erkundet Ihr Kind Gegenstände mit den Händen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Beobachtet Ihr Kind gezielt Gegenstände und Bewegungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Lacht Ihr Kind laut auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Lässt sich Ihr Kind durch Zureden beruhigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Füttern Sie Beikost mit dem Löffel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Schläft Ihr Kind mindestens 6 Stunden durch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Fühlen Sie sich durch Ihren Partner bzw. Freunde/Familie ausreichend unterstützt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Sind Sie bereits wieder berufstätig bzw. planen Sie in Kürze den Wiedereinstieg ins Arbeitsleben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Bekommt Ihr Kind täglich Vitamin D/Fluor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

U6

FRAGEBOGEN 10. – 12. LEBENS MONAT



Oksana Kuzmina - Fotolia

Schwerpunkte:

Feinmotorik,
Beweglichkeit,
Sprachentwicklung

Name des Kindes

	Ja	Nein
1. Kann Ihr Kind sicher sitzen und sich aus der Sitzposition zu allen Seiten abstützen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Kann Ihr Kind sich alleine zum Stand hochziehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Macht Ihr Kind erste Schritte an der Hand oder an Möbeln entlang?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Kann Ihr Kind kleine Gegenstände ergreifen (z. B. Krümel)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind einfache Worte wie „Nein“ oder „Gib mir den Ball“ versteht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Reagiert Ihr Kind auf die Nennung seines Namens?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Spricht Ihr Kind einzelne Worte bzw. Doppellaute (ma-ma, pa-pa)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Findet Ihr Kind beim Spiel versteckte Gegenstände wieder bzw. sucht nach ihnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Haben Sie mögliche Unfallquellen im Blick (beispielsweise verschluckbare Gegenstände, Tischdecken, Treppen, Lauflernhilfe)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Kann Ihr Kind sich zeitweise von Ihnen trennen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Schläft Ihr Kind nachts durch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Isst Ihr Kind mit Ihnen am Tisch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Trinkt Ihr Kind andere Flüssigkeiten außer Milch (Wasser/ ungesüßter Tee)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Finden Sie neben der Betreuung Ihres Kindes Zeit für eigene Freiräume und Entlastungsmöglichkeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Bekommt Ihr Kind täglich Vitamin D/Fluor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

U7

FRAGEBOGEN 21. – 24. LEBENS MONAT



Irina Schmidt - Fotolia

Schwerpunkte:

Sinnesorgane, motorische Entwicklung, Sprache und Hören, geistige und soziale Entwicklung, Sauberkeitsentwicklung

Name des Kindes

	Ja	Nein
1. Kann Ihr Kind frei laufen? (mit Stoppen und seitlichem Abbiegen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Kann ihr Kind eine Treppe hinaufgehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Beginnt Ihr Kind zu klettern? (z. B. auf eine Bank oder einen Kinderstuhl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Legt Ihr Kind größere Bausteine oder Holzklötzchen über- und nebeneinander?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Befolgt Ihr Kind einfache Anweisungen korrekt? (Beispielsweise: „Hole mir bitte das Buch/den Ball“)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Kann Ihr Kind auf Körperteile bei sich und bei anderen Personen zeigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Spielt Ihr Kind Situationen nach?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Verfügt Ihr Kind über einen Wortschatz von mindestens 20 – 30 Wörtern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Schauen Sie sich mit Ihrem Kind gemeinsam Bilderbücher an?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Singen Sie gemeinsam mit Ihrem Kind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Nennt sich Ihr Kind beim eigenen Namen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Haben Sie mögliche Unfallquellen beseitigt? (Treppen und Treppengitter, Lauflernhilfen, Herd, Tabletten, Chemikalien, Reinigungsmittel etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Setzen Sie Ihrem Kind deutlich Grenzen und bleiben Sie standhaft, auch in Trotz- und Wutphasen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Halten Sie Ihr Kind von Medien fern? (Fernsehen, PC, Tablet)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

U7a

FRAGEBOGEN 34. – 36. LEBENSMONAT



goodluz - Fotolia

Schwerpunkte:

Allergische Erkrankungen, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Übergewicht, Sprachentwicklungsstörungen, Zahn-, Mund- und Kieferanomalien

Name des Kindes

	Ja	Nein
1. Kann Ihr Kind eine kleine Stufe oder einen Tritt herunterspringen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Zieht Ihr Kind sich teilweise selbstständig aus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Kann Ihr Kind mehrere Bausteine über- bzw. nebeneinander legen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Beteiligt Ihr Kind andere Personen oder Puppen, Figuren etc. an seinem Spiel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Kann Ihr Kind alleine spielen und übernimmt es selbst Rollen beim Spiel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Kommen Sie selbst mit der neuen Selbstständigkeit Ihres Kindes zurecht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Gelingt es Ihnen, Ihrem Kind deutliche Grenzen zu setzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Spricht Ihr Kind Mehrwortsätze?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Stellt Ihr Kind häufig W-Fragen? (Wer/Was/Warum etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Gibt Ihr Kind Ihnen zu verstehen, wenn es Harn- oder Stuhldrang verspürt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Hat Ihr Kind Schnuller bzw. Nuckelflasche abgegeben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sucht Ihr Kind Kontakt zu anderen Kindern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ist Ihr Kind in einer Kinderbetreuung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Fühlt es sich wohl in der Betreuung? Kommt es mit den Betreuern und den anderen Kindern gut zurecht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Haben Sie ausreichende Kontrolle über die Beschäftigung Ihres Kindes mit elektronischen Medien? (Computer, Tablet, Mobilfunk und insb. TV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Ist es hierbei immer unter Ihrer Aufsicht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind pro Tag mit diesen Medien?	_____	

U8

FRAGEBOGEN 43. – 48. LEBENSMONAT



Oksana Kuzmina - Fotolia

Schwerpunkte:
Individuations-,
Sozialisations-, und
Sprachentwicklung

Name des Kindes

	Ja	Nein
1. Kann Ihr Kind einen mehrteiligen Auftrag verstehen und ausführen (z.B. „Hole die Schuhe aus deinem Zimmer, ziehe sie an und komme mit nach draußen“)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Spielt Ihr Kind längere Zeit (ca. 15 Minuten) mit einem Spielzeug und betrachtet es längere Zeit interessiert Bilderbücher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Spielt Ihr Kind alltägliche Situationen nach? Führt es Rollenspiele aus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Kann es einfache Spielregeln einhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Steht es mind. 3 – 4 Sekunden auf einem Bein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Kann Ihr Kind freihändig im Wechselschritt eine Treppe aufwärts gehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Zieht sich Ihr Kind alleine an und aus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Kann Ihr Kind Erlebtes wiedergeben und eine kleine Geschichte erzählen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Kann Ihr Kind sich in Gruppen (beispielsweise Kindergarten, Hort, Turngruppe) einfügen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Können Sie und Ihre Familie mit Trotzphasen Ihres Kindes umgehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Schläft Ihr Kind im eigenen Bett?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Kann Ihr Kind unter Aufsicht einhändig mit einer Schere schneiden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Gibt es in Ihrer Familie gemeinsame Mahlzeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Ist Ihr Kind sowohl tags als auch nachts trocken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Zeigt Ihr Kind Mitgefühl mit anderen? (z.B. Trösten anderer Kinder)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Wird in Ihrer Familie regelmäßig vorgelesen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Begrenzen Sie den Medienkonsum Ihres Kindes auf ca. maximal 30 Minuten pro Tag?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

U9

FRAGEBOGEN 60. – 64. LEBENSMONAT



Dasha Petrenko - Fotolia

Schwerpunkte:

Individuations-,
Sozialisations-, und
Sprachentwicklung,
kognitive Fähigkeit vor
Einschulung, neuro-
motorische Entwicklung

Name des Kindes

	Ja	Nein
1. Kann Ihr Kind ohne Stützräder Fahrradfahren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Spielt Ihr Kind Rollenspiele? (So-tun-als-ob-Spiele)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Kann Ihr Kind einfache Spielregeln einhalten und auch mal verlieren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ist Ihr Kind beim Spiel im Vergleich ähnlich geschickt wie gleichaltrige Kinder?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Spricht Ihr Kind richtig und auch für Fremde verständlich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Hat ihr Kind Freunde/Freundinnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Kann Ihr Kind mit Verboten umgehen und Grenzen einhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Kann Ihr Kind kleinere Aufträge (z. B. im Haushalt) erfüllen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ist Ihr Kind sowohl tags als auch nachts trocken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Kann Ihr Kind sich für längere Zeit von Bezugspersonen trennen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Fühlt sich Ihr Kind im Kindergarten wohl?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Hat Ihr Kind ein gutes Verhältnis zu beiden Elternteilen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Malt Ihr Kind Figuren mit Kopf und Fuß?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Hat Ihr Kind regelmäßig Kontakt zu anderen Familienmitgliedern? (Großeltern, Tanten, Onkel etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Begrenzen Sie den Umgang mit Fernsehen, PC auf ca. maximal 30 Minuten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

U10

FRAGEBOGEN 7 – 8 JAHRE



contrastwerkstatt - Fotolia

Schwerpunkte:

Motorische und intellektuelle Entwicklung (Lese-Rechtschreib-Störungen, Rechenstörungen), Verhaltensstörungen (z. B. ADHS), Medienverhalten

Name des Kindes

	Ja	Nein
1. Schläft Ihr Kind gut?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Hat Ihr Kind einen normalen Appetit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Treibt Ihr Kind Sport in einem Verein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Geht Ihr Kind gern in die Schule?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Kann Ihr Kind sich gut konzentrieren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Werden Hausaufgaben im Wesentlichen selbstständig gemacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Lernt Ihr Kind mit Freude?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Hat Ihr Kind Freunde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ist Ihr Kind in der Familie gut integriert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Zeigt Ihr Kind in der Schule und in anderen Gruppensituationen ein normales Sozialverhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Folgt Ihr Kind meistens den in der Familie aufgestellten Regeln?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Hält sich Ihr Kind an die von Ihnen bestimmten Regeln bezüglich des Medienkonsums (Handy, Fernsehen, Computer)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Übernimmt Ihr Kind regelmäßig kleine Pflichten im Haushalt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Kann sich Ihr Kind selbst beschäftigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ist Ihr Kind in der Regel ausgeglichen und fröhlich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

U11

FRAGEBOGEN 9 – 10 JAHRE



Picture-Factory - Fotolia

Schwerpunkte:

Schulleistungsstörungen, präpubertäre/pubertäre Problematik, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Medienverhalten, Bewegungsverhalten

Name des Kindes

	Ja	Nein
1. Schläft Ihr Kind gut?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Hat Ihr Kind einen normalen Appetit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Treibt Ihr Kind Sport in einem Verein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Geht Ihr Kind gern in die Schule?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Kann Ihr Kind sich gut konzentrieren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Werden Hausaufgaben im Wesentlichen selbstständig gemacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Lernt Ihr Kind mit Freude?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Hat Ihr Kind Freunde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ist Ihr Kind in der Familie gut integriert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Zeigt Ihr Kind in der Schule und in anderen Gruppensituationen ein normales Sozialverhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Folgt Ihr Kind meistens den in der Familie aufgestellten Regeln?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Hält sich Ihr Kind an die von Ihnen bestimmten Regeln bezüglich des Medienkonsums (Handy, Fernsehen, Computer)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Übernimmt Ihr Kind regelmäßig kleine Pflichten im Haushalt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Kann sich Ihr Kind selbst beschäftigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ist Ihr Kind in der Regel ausgeglichen und fröhlich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

J1

FRAGEBOGEN 12 – 14 JAHRE



Peter Atkins - Fotolia

Schwerpunkte:

Pubertäre Entwicklung sowie Krankheiten, die die geistige und körperliche Entwicklung in nicht geringfügigem Maß gefährden

Name des/der Jugendlichen

	Ja	Nein
1. Ich habe selten oder nie Kopfschmerzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ich mache mir eigentlich keine Sorgen um meine Gesundheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ich kann meistens gut schlafen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ich bin wenig wählerisch beim Essen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ich bin mit meiner Figur/meinem Körper zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ich verstehe mich mit meinen Eltern meistens gut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ich verstehe mich mit meinen Geschwistern meistens gut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ich gehe regelmäßig und meistens ganz gern zur Schule.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ich komme in der Schule gut klar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ich habe guten Kontakt zu anderen Jugendlichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ich habe einige langjährige Freundschaften.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ich schaue meist unbesorgt in die Zukunft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ich mache regelmäßig Sport in der Schule.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Ich habe Hobbies, denen ich in meiner Freizeit nachgehe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

J2

FRAGEBOGEN 16. – 17. LEBENSJAHR



contrastwerkstatt - Fotolia

Schwerpunkte:

Pubertäts- und Sexualstörungen, Haltungprobleme, Schilddrüsenfunktion, Gewichtsentwicklung, Sozialisations- und Verhaltensstörung, Suchtberatung, Berufswahlberatung

Name des/der Jugendlichen

	Ja	Nein
1. Ich habe selten oder nie Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ich mache mir eigentlich keine Sorgen um meine Gesundheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ich kann meistens gut schlafen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ich bin wenig wählerisch beim Essen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ich bin mit meiner Figur/meinem Körper zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ich verstehe mich mit meinen Eltern meistens gut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ich verstehe mich mit meinen Geschwistern meistens gut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ich gehe regelmäßig und meistens ganz gern zur Schule.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ich komme in der Schule gut klar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ich habe guten Kontakt zu anderen Jugendlichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ich habe einige langjährige Freundschaften.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ich schaue meist unbesorgt in die Zukunft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ich mache regelmäßig Sport in der Schule.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Ich habe Hobbies, denen ich in meiner Freizeit nachgehe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ich habe Pläne und Ideen bezüglich meiner beruflichen Zukunft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Ich habe einen Freund/eine Freundin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Über die Frage der Verhütung und/oder Schutz vor AIDS habe ich mich bereits ausreichend informiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>