

Name des Jugendlichen:

Geburtsdatum:

Diese Fragen beantworten deine Eltern

Heute klagen viele der 13- bis 15-Jährigen über Probleme am Skelettsystem. Bei etwa 15 Prozent der Teenager zeigen sich Auffälligkeiten wie Konzentrationsschwäche, Leistungsschwierigkeiten, Persönlichkeitsdefizite und Motivationsprobleme. Auch Drogenprobleme und Essstörungen beginnen oft in dieser Zeit.

Die J1 Untersuchung gehört zu den kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen für Ihr Kind im Alter von 13 bis 15 Jahren. Sie soll zeigen, ob die körperliche Entwicklung in der Pubertät normal verläuft. Zudem wird auch die seelische Situation der Heranwachsenden beleuchtet. In der Pubertät beginnen auch die Jugendlichen meist von den Eltern zu lösen. Oft ist es besser, wenn die Jugendlichen allein zur Untersuchung kommen. Am besten fragen Sie Ihr Kind. Gerne sind wir bereit, uns mit Ihnen zu unterhalten. Mit dem vorliegenden Fragebogen können Sie die Vorbereitung auf die wichtige J1 Untersuchung erleichtern und uns wichtige Informationen für diese Untersuchung geben.

Familie

Hat Ihr Kind Geschwister? Wie viele?

Liegt eine besondere familiäre Situation vor?

Eltern getrennt: Ja Nein Elternteil verstorben? Ja Nein

Elternteil alleinerziehend? Kind lebt bei der Mutter / bei dem Vater

Anmerkung:

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn ein eigenes Zimmer? Ja Nein

Gibt es häufig Anlass zu Auseinandersetzungen? Nein Ja

Anlass:

Wie schätzen Sie das Vertrauensverhältnis zu Ihrer Tochter/Ihrem Sohn ein?

(Skala 1-6: 1=starkes Vertrauen, 6=geringes Vertrauen)

Rauchen Sie? Mutter: Ja Nein Vater: Ja Nein

Gesundheit des Jugendlichen

Sind im Verlauf der Entwicklung Probleme aufgetreten?

Kleinkindalter Kindergartenalter Schulzeit

Wenn ja, welche?

Liegen bekannte Erkrankungen/Behinderungen vor?

beim Kind bei den Eltern bei den Geschwistern bei den Großeltern

Wenn ja, welche?

Gab es bei Ihrem Kind bisher Operationen? Nein Ja

Wenn ja, welche?

Nimmt Ihre Tochter/Ihr Sohn regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja

Wenn ja, welche?

Wurden bei Ihrem Kind alle erforderlichen Impfungen durchgeführt? (Bitte unbedingt den Impfausweis mitbringen!)

Ja Nein Nicht bekannt

Name des Jugendlichen:

Geburtsdatum:

Verhaltensauffälligkeiten

Bei der Sprache

Ja Nein Kommentar:

Schlafstörungen

Ja Nein Kommentar:

Bei der seelischen Entwicklung

Ja Nein Kommentar::

Essstörungen, Gewichtsprobleme

Ja Nein Kommentar:

Im Umgang mit Anderen

Ja Nein Kommentar:

Angstzustände

Ja Nein Kommentar:

Schwierigkeiten in der Schule

Ja Nein Kommentar:

Seh- und/oder Hörbehinderungen

Ja Nein Kommentar:

Störungen/Schwierigkeiten beim Lernen, Konzentrationsstörungen

Ja Nein Kommentar:

Probleme mit Suchtmitteln (Alkohol, Rauchen, Drogen)

Ja Nein Kommentar:

Allgemeine Entwicklung

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn besondere Talente/Interessen?

Nein Ja

Wenn ja, welche?

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn Hobbys?

Nein Ja

Wenn ja, welche?

Ist Ihre Tochter/Ihr Sohn sportlich aktiv?

Nein Ja

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn gleichaltrige Freunde?

Nein Ja

Sind Sie mit der Entwicklung Ihrer Tochter/Ihres Sohnes zufrieden?

(Skala von 1-6; 1=Sehr, 6= überhaupt nicht)

Sind Sie mit dem schulischen Werdegang Ihrer Tochter/Ihres Sohne zufrieden?

(Skala von 1-6; 1=Sehr, 6= überhaupt nicht)

Welche Fragen würden Sie gerne mit uns besprechen?

Name des Jugendlichen:

Geburtsdatum:

Diese Fragen beantwortest DU

Günter Esser

Mannheimer Jugendlichenfragebogen MJF

Name:	Alter:
Ausgefüllt von:	am:

Kreuze bitte an, ob die unten aufgeführten Probleme bei Dir in den letzten 6 Monaten aufgetreten sind. Mache bitte nur ein Kreuz in jeder Zeile, setze die Kreuze nur auf die Kästchen, nicht in die Zwischenräume und lass bitte keine Fragen aus. Solltest du zurzeit Medikamente erhalten, die Dein Verhalten verändern, beantworte die Fragen bitte so, wie Du dich verhältst, wenn Du keine Medikamente einnimmst.

Ich

stimmt stimmt
nicht nicht

1. habe Migräne
2. musste wegen Kopfschmerzen zum Arzt
3. leide unter asthmatischen Beschwerden oder einer chronischen Bronchitis
4. mache mir viele Sorgen über meine Gesundheit
5. habe manchmal nervöse Zuckungen (z.B. Blinzeln-, Zwinker-, Räuspertic)
6. kann schlecht einschlafen (d.h. liege mehr als eine Stunde wach)
7. wache häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen (liege mindestens eine Stunde wach)
8. muss bei starker Aufregung stottern
9. habe mehr als einmal im letzten halben Jahr ins Bett gemacht
10. habe mehr als einmal im letzten Jahr eingekotet
11. habe meistens nur wenige Appetit
12. bin sehr wählerische beim Essen
13. habe ständig Angst, dick zu werden
14. habe aufgrund meines Essverhaltens mind. 7 kg abgenommen
15. habe mindestens 10 kg Übergewicht
16. werde manchmal wegen meines Übergewichtes geärgert
17. habe mit meinen Eltern oft Streit
18. mache, was ich will, auch wenn meine Eltern anderer Ansicht sind
19. wurde wegen meines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, einem Ausflug oder einer Klassenfahrt ausgeschlossen
20. schwänze manchmal die Schule
21. habe starke Angst davor, zur Schule zu gehen
22. streite mich fast jeden Tag mit meinen Geschwistern...
23. habe dabei auch ernsthafte Verletzungen, Quälereien oder Drohungen erfahren
24. werde von anderen Jugendlichen häufig geärgert, gehänselt, geprügelt
25. habe Angst vor anderen Jugendlichen
26. habe überhaupt keinen Kontakt zu anderen Jugendlichen
27. prügle mich manchmal mit anderen Kindern oder Jugendlichen
28. wechsle häufig meine Freunde
29. bin in der Schule leicht ablenkbar und unkonzentriert
30. bin bei den Hausaufgaben leicht ablenkbar und unkonzentriert
31. bin bei Regelspielen (Karten- oder Brettspielen) sehr ablenkbar und unkonzentriert
32. bin in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen
33. bin bei den Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen
35. bin bei Regelspielen (Karten- oder Brettspielen) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen
36. bin im Straßenverkehr oft unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten
37. bin beim Spielen oft vorschnell, unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten
38. bin beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause oft sehr unüberlegt und vorschnell
39. habe fast täglich einen Wutanfall

Name des Jugendlichen:

Geburtsdatum:

stimmt
nicht

40. bin ängstlich, mache mir viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben)
41. werde dann manchmal vor lauter Aufregung "krank"
42. habe panische Angst vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten
43. habe panische Angst, allein zu Hause zu bleiben
44. habe panische Angst vor fremden Menschen (z.B. bei einer Einladung)
45. habe panische Angst vor Blitz, Donner oder Dunkelheit
46. habe panische Angst vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen
47. bin schon fast übertrieben ordentlich
48. wasche mir oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind
49. kontrolliere bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach (z.B. dass Türen oder Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist)
50. kaue oder reiße so stark die Fingernägel, dass es häufiger zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise freiliegt
49. bin mindestens einmal pro Woche für mindestens drei Stunden traurig oder niedergeschlagen
50. Diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zu dem auslösenden Ereignis
51. bin nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn ich traurig bin
52. war schon einmal mindestens 2 Wochen am Stück traurig oder niedergeschlagen
53. habe schon einmal ernsthaft daran gedacht, mich umzubringen
54. rauche mind. 1 Schachtel Zigaretten pro Woche
55. trinke mehrmals pro Woche Alkohol
56. bin mehrmals pro Woche angetrunken
57. habe zu Hause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolleres (Wert größer 30 €) gestohlen
58. habe schon mindestens fünfmal wertvollere Dinge entwendet
59. habe schon einmal mit Absicht Dinge, die mir nicht gehören, zerstört oder beschädigt...
60. habe dabei einen Schaden von mindestens 30 € verursacht
61. bin schon von zu Hause weggelaufen
62. habe folgende, oben nicht genannte Probleme:
