

Name (Jugendlicher): _____ Geburtsdatum: _____

Diese Fragen beantwortest du selbst

Der J1-Gesundheitscheck ist nicht nur eine Gelegenheit, um festzustellen, ob du gesund bist, er ist auch ein Angebot zum Gespräch und zum Austausch mit dem Arzt. Dein Körper verändert sich zurzeit stark. Er ist erwachsener. In deinem Alter können gesundheitliche Probleme auftreten, die

für deine weitere Entwicklung nicht unwichtig sind und die der Arzt bei der **J1-Untersuchung** erkennen kann. Bitte beantworte die nachfolgenden Fragen, damit dein Arzt bei der Untersuchung und dem Beratungsgespräch besonders gut auf dich eingehen kann.



Zutreffendes bitte ankreuzen.

Schule

Welche Schule besuchst du? _____ Klasse: _____

Bist du mit der Schule/den Lehrern/deinen Leistungen zufrieden? Ja Nein Geht so

Fühlst du dich in der Schule und in deiner Klasse wohl? Ja Nein Geht so

Gibt es Probleme in der Schule? Nein Ja Welche? _____

Familie

Kommst du gut klar mit:

• deinen Eltern? Ja Nein Geht so

• deinen Geschwistern? Ja Nein Geht so

Kannst du mit deinen Eltern über Probleme reden? Ja Nein Selten

Freunde

Hast du Freunde in deinem Alter?

Ja Nein

Kannst du mit deinen Freunden über Probleme reden?

Ja Nein Selten



Gesundheit

Fühlst du dich gesund? Ja Nein Geht so

Hast du in der letzten Zeit körperliche Beschwerden?

Wenn ja, welche? _____

Sind Erkrankungen oder Allergien bei dir bekannt?

Wenn ja, welche? _____

Hast du Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen?

Ja Nein

Warum geht es dir nicht gut? _____

Nimmst du regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja Welche? _____

Hast du Ängste? Wenn ja, welche? _____



Sport

Betreibst du neben dem Schulsport Sport?

Nein Ja Welchen? _____

Deine Einschätzung

Bist du eher Fröhlich Traurig Ruhig Ausgelassen Aggressiv

Wie zufrieden bist du mit deinem Leben? Zufrieden Geht so Unzufrieden



Deine Einschätzung zu Suchtmitteln (falls du etwas dazu sagen möchtest)

• Zigaretten: Nein, danke Ich rauche selbst Freunde rauchen

Dein Kommentar: _____

• Alkohol: Nein, danke Hin und wieder Häufig

Dein Kommentar: _____

• Drogen: Nein, danke Schon probiert Freunde probieren

Dein Kommentar: _____

Womit verbringst du den größten Teil deiner Freizeit?

Hobbys Welche? _____

Freunde Familie Computer spielen/chatten Fernsehen Rumhängen, relaxen, chillen Anderes

Wie zufrieden bist du mit deiner körperlichen Entwicklung, deiner Größe, deinem Gewicht?

Zufrieden Geht so Unzufrieden Wenn ja: Warum? _____

Fragen an deinen Arzt/deine Ärztin

Markiere die Themen, über die du mit mir sprechen möchtest. Das Gespräch mit dir unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.

Fragen zu deiner Gesundheit, zu bestimmten Beschwerden Fragen zu Medikamenten, Alkohol, Drogen, Rauchen oder Sucht

Fragen zu anstehenden Impfungen (bei Mädchen z.B. Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs) Ernährungsfragen, -tipps

Sorgen, Ängste, Stimmungsschwankungen, die dich belasten Probleme in der Schule, in der Familie, im Freundeskreis

Fragen zur körperlichen Entwicklung, Pubertät, Aufklärung, Sexualität, Verhütung

Was passiert bei der J1?

Die J1 wird vom Kinder- und Jugendarzt oder dem Hausarzt durchgeführt und ist mehr als eine rein körperliche Untersuchung. Die J1 ist auch ein Angebot zum Gespräch. Unter dem Schutz der ärztlichen Schweigepflicht kannst du mit einer unabhängigen und

fachkundigen Person Fragen zu Verhütung, Gesundheitsproblemen, Drogenkonsum, Ernährung, Problemen in der Schule oder im Elternhaus besprechen. Du kannst allein, mit deinen Eltern oder auch mit Freunden kommen.

Ablauf der J1

- Terminabsprache
- Ausfüllen der Fragebögen für die Jugendlichen und für die Eltern
- Überprüfen des Impfausweises: Ist der Impfschutz ausreichend?

Körperliche Untersuchung:

- Messen von Blutdruck und Puls
- Feststellen des Gewichts, der Körpergröße, des BMI und der körperlichen Entwicklung
- Abhören der Lunge, Überprüfung der Atmung
- Kontrolle der Schilddrüse
- Untersuchung des Skelettsystems und der Muskulatur (Haltungsschäden)
- Untersuchung der Haut
- Blut- und Urinuntersuchung
- Hör- und Sehtest

J1

Mit dem Arzt kannst du ein vertrauliches Gespräch über deine Fragen, Sorgen und Probleme führen.



Das Beratungsgespräch unterliegt der Schweigepflicht, auch wenn du noch nicht 18 Jahre alt bist. Es liegt an dir, zu entscheiden, ob du ein abschließendes Arztgespräch allein, gemeinsam mit deinen Eltern oder mit einem Elternteil führen möchtest.

Infos zu Impfungen

Impfungen können nicht nur den Geimpften selbst vor schweren Infektionen schützen, sondern auch Freunde, die Familie und Kleinkinder in der Umgebung. Später können junge Eltern ihre Neugeborenen schützen.

Daher ist es bei der J1 wichtig zu überprüfen, ob der Impfschutz, z. B. gegen Hepatitis B, Masern, Mumps oder Röteln, ausreicht. Wichtig ist auch, dass notwendige

Auffrischimpfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Kinderlähmung und Keuchhusten durchgeführt werden.

Mädchen können sich ab einem Alter von 9 Jahren mit einer Impfung vor einer Infektion schützen, die Gebärmutterhalskrebs auslösen kann. Die Kosten der Impfung werden von der Krankenkasse übernommen, wenn die Impfung bis zum 18. Geburtstag erfolgt ist. *Sprich mit deinem Arzt darüber!*



Name (Jugendlicher): _____ 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 die Jugendlichen meist, sich 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 einem getrennten Gesprächstermin zu verabreden.

Mit dem vorliegenden Fragebogen können Sie die Vorbereitung auf die wichtige J1-Untersuchung erleichtern und uns wesentliche Informationen für diese Untersuchung geben.

Familie

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Hat Ihr Kind Geschwister? Wie viele? _____

Liegt eine besondere familiäre Situation vor? Eltern getrennt? Ja Nein Ist ein Elternteil verstorben? Ja Nein

Ist ein Elternteil alleinerziehend? Kind lebt bei der Mutter beim 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 von 1 bis 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? Wenn ja, welche? _____

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

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

Ja Nein Nicht bekannt

Verhaltensauffälligkeiten

Bei der Sprache

Ja Nein Kommentar: _____

Bei der seelischen Entwicklung

Ja Nein Kommentar: _____

Im Umgang mit Anderen

Ja Nein Kommentar: _____

Schwierigkeiten in der Schule

Ja Nein Kommentar: _____

Störungen/Schwierigkeiten beim Lernen, Konzentrationsstörungen

Ja Nein Kommentar: _____

Schlafstörungen

Ja Nein Kommentar: _____

Essstörungen, Gewichtsprobleme

Ja Nein Kommentar: _____

Angstzustände

Ja Nein Kommentar: _____

Seh- und/oder Hörbehinderungen

Ja Nein Kommentar: _____

Probleme mit Suchtmitteln (Alkohol, Rauchen, Drogen)

Ja Nein Kommentar: _____

Allgemeine Entwicklung

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn besondere Talente/Interessen? Nein Ja Folgende: _____

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn Hobbys? Nein Ja Folgende: _____

Ist Ihre Tochter/Ihr Sohn sportlich aktiv? Nein Ja Sportarten: _____

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn gleichaltrige Freunde? Nein Ja

Sind Sie mit der Entwicklung Ihrer Tochter/Ihres Sohnes zufrieden? ____ (Skala von 1 bis 6; 1=sehr, 6=überhaupt nicht)

Sind Sie mit dem schulischen Werdegang Ihrer Tochter/Ihres Sohnes zufrieden? ____ (Skala von 1 bis 6; 1=sehr, 6=überhaupt nicht)

Welche Fragen würden Sie gerne mit uns besprechen? _____

Warum zur J1 gehen?

Die meisten Jugendlichen sind in einer guten körperlichen Verfassung, doch heißt „jung sein“ nicht immer auch „gesund sein“. Einige gesundheitliche Probleme wie z. B. Allergien, Schilddrüsenerkrankungen, Störungen der Pubertätsentwicklung, Übergewicht oder Magersucht, Hautprobleme, Haltungsschäden sowie psychische Störungen oder Suchtprobleme können auch in dieser Altersgruppe bereits vorkommen.

Früh und rechtzeitig erkannt, lassen sich Spätschäden vielfach vermeiden und Fehlentwicklungen häufig noch behandeln, die sich im Erwachsenenalter nicht mehr beheben lassen. Daher hat man 1998 die Jugendgesundheitsuntersuchung **J1** als Kassenleistung eingeführt.

Diese Vorsorgeuntersuchung ist ein wichtiger, kostenloser Gesundheitscheck für Jugendliche im Alter von 13 bis 15 Jahren.

Was passiert bei der J1?

Die **J1** wird vom Kinder- und Jugendarzt oder dem Hausarzt durchgeführt und ist mehr als eine rein körperliche Untersuchung. Die **J1** ist auch ein Angebot zum Gespräch. Unter dem Schutz der ärztlichen Schweigepflicht können die Jugendlichen mit einer unabhängigen und fachkundigen Person

Fragen zu Verhütung, Gesundheitsproblemen, Drogenkonsum, Ernährung, Problemen in der Schule oder im Elternhaus besprechen. Die Jugendlichen können allein, mit ihren Eltern oder auch mit Freunden kommen.

Ablauf der J1

- Terminabsprache
- Ausfüllen der Fragebögen für die Jugendlichen und für die Eltern
- Überprüfen des Impfausweises: Ist der Impfschutz ausreichend?

J1

Körperliche Untersuchung:

- Messen von Blutdruck und Puls
- Feststellen des Gewichts, der Körpergröße, des BMI und der körperlichen Entwicklung
- Abhören der Lunge, Überprüfung der Atmung
- Kontrolle der Schilddrüse
- Untersuchung des Skelettsystems und der Muskulatur (Haltungsschäden)
- Untersuchung der Haut
- Blut- und Urinuntersuchung
- Hör- und Sehtest

Gespräch/Beratung für die Jugendlichen und die Eltern, ggf. auch getrennt:

- Besprechung chronischer Erkrankungen
- Impfberatung; Aufklärung zu erforderlichen Impfungen und Nachimpfungen, zum Beispiel gegen Pertussis (Keuchhusten) und HPV (Gebärmutterhalskrebs)
- Klärung der Jodprophylaxe (Schilddrüse, Kropfbildung)
- Abklärung von Problemen in der Schule, Familie, im Freundeskreis
- Fragen zur Pubertätsentwicklung, wenn gewünscht auch zur Sexualaufklärung, Verhütung
- Fragen zu Medikamenteneinnahme, Alkohol-, Nikotin- und Drogenkonsum
- Fragen zu Ernährung und Essgewohnheiten
- Besprechung seelischer Probleme

Was bringt man zur Untersuchung mit?

- Chipkarte der Krankenkasse
- Gelbes Vorsorgeuntersuchungsheft (falls vorhanden)
- Impfausweis
- Fragebogen (kann evtl. auch in der Praxis ausgefüllt werden)

An die Eltern:

Es ist durchaus möglich, dass Ihre Tochter/Ihr Sohn allein zur **J1** gehen möchte, um sich mit dem Arzt über Fragen und Sorgen auszutauschen. **Ein Gespräch mit einer Vertrauensperson außerhalb des Familien- und Freundeskreises kann sehr wichtig sein.**

Der Arzt unterliegt bei diesem Gespräch der Schweigepflicht.

Sie selbst haben natürlich auch die Möglichkeit, sich mit dem Arzt zu unterhalten und die aus dem Untersuchungsergebnis resultierenden Maßnahmen gemeinsam mit Ihrer Tochter/Ihrem Sohn zu besprechen.

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"/> Vereinsport	<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	
Erlidigst 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:	<input type="checkbox"/> Jugendtreffs	<input type="checkbox"/> Vereine	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
---------------------------	---------------------------------------	----------------------------------	---

Rauchen?:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Alkohol?:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Drogenerfahrung?:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------	-----------------------------	-------------------------------	-----------	-----------------------------	-------------------------------	-------------------	-----------------------------	-------------------------------

Essgewohnheiten?:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-------------------	-----------------------------	-------------------------------

Probleme?: _____



Satzergänzungstest für Jugendliche

Liebe Patientin, lieber Patient,

keine Angst- wir sind ja nicht in der Schule. Bei diesem Fragebogen kann man nichts falsch machen. Bitte lies Dir die angefangenen Sätze durch und vervollständige sie bitte. Schreib einfach auf was Dir spontan einfällt.

1. Ich finde es toll, wenn _____
2. Ich habe Angst, dass _____
3. Wenn ich älter bin _____
4. Hoffentlich _____
5. Ich finde es scheußlich _____
6. Manchmal träume ich. _____
7. Es ist mir peinlich _____
8. Am besten kann ich _____
9. Die Lehrer _____
10. Die meisten Jungen _____
11. Ich fühl mich am wohlsten _____
12. Mich ärgert _____
13. Meine Geschwister _____
14. Die Schule _____
15. Meine größte Sorge ist _____
16. Die Erwachsenen _____
17. Am glücklichsten, wäre ich _____
18. Meine Mutter möchte gerne, dass _____
19. Mein Vater möchte gern, dass _____
20. Diesen Fragebogen finde ich _____

Name:

Hinweis:

Die Antworten, wie überhaupt alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. D.h. ohne eure Einwilligung werden, die Ergebnisse der Untersuchung nicht an eure Eltern weitergegeben.