

Pat.-Name..... Geburtsdatum.....

## Fragebogen J1

Zum Deinem Lebensumfeld, zu bekannten Erkrankungen, zu Deiner Lebenssituation, und zu familiären Erkrankungen

Die Früherkennung von Erkrankungen gelingt besonders gut, wenn wir Ärzte gut über Deine Vorerkrankungen und Erkrankungen Deiner Familie informiert sind. Deshalb bitten wir Dich, diesen Fragebogen zu bearbeiten.

### Fragen zu Dir:

Nicht immer wissen Ärztinnen und Ärzte alles von ihren Patienten, so sind die Früherkennungsuntersuchungen willkommener Anlass zum Abgleich der Informationen.

Mit wem lebst Du in (häuslicher) Gemeinschaft? Mutter  , Vater  , Geschwister  , andere

Geschwisteranzahl: \_\_\_\_\_

Welche Schule besuchst Du \_\_\_\_\_

Bist Du mit Deinem Lebensumfeld zufrieden ja  nein

Hast Du Schulzeugnisse, Klassenarbeitshefte mitgebracht ja  nein

Bist Du mit Kontakten zu anderen Jugendlichen zufrieden ja  nein

Besteht laut Schule eine Lese- Rechtschreibschwäche ja  nein

Besteht laut Schule Rechenschwäche ja  nein

Gibt es andere Probleme in der Schule ja  nein

Besuchst Du einen Sportverein ja  nein

Steht ein PC / ein Fernseher in Deinem Zimmer ja  nein

Wie viel Stunden bewegst Du Dich pro Tag < 1 1-3 > 3

Wie viel Stunden verbringst Du mit TV/PC/Spielekonsole pro Tag < 1 1-3 > 3

Welche weiteren Ärzte untersuchten/ behandelten Dich: \_\_\_\_\_

Wurdest Du Kind operiert ja  nein  , wenn ja, was: \_\_\_\_\_

Bisherige Beratungen: Schulpsychologie / Erziehungsberatung / Therapeuten ja wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

### Deine Erkrankungen:

Allergie nachgewiesen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	(Fieber)- Krämpfe	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Andere Lungenerkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Adipositas	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Fehlsichtigkeit/ nicht wg Alter	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
gehäuften, lange Infekte	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Andere gefährliche Erkrng	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

### Fragen zur Familie:

Zur Familie zählen: Deine Eltern und Dein Geschwisters, die Geschwister deiner Eltern und Deine Großeltern

Ist ein Mitglied der Familie erkrankt an:

Schilddrüsenerkrankung ja  nein  / wen ja, wer.....

Diabetes mellitus ja  nein  / wen ja, wer.....

Fehlsichtigkeit ja  nein  / wen ja, wer.....

Epilepsie / auch Fieberkrämpfe ja  nein  / wen ja, wer.....

Herz- und Gefäßerkrankungen ja  nein  / wen ja, wer.....

Hypercholesterinämie ja  nein  / wen ja, wer.....

Adipositas ja  nein  / wen ja, wer.....

nachgewiesene Allergien ja  nein  / wen ja, wer.....

Asthma bronchiale ja  nein  / wen ja, wer.....

Andere Lungenerkrankungen. ja  nein  / wen ja, wer.....

Andere gefährliche Erkrankungen ja  nein  / wen ja, wer.....

Welche Fragen zu Deiner Gesundheit hast Du.....

.....