

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

Fragebogen J2

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.....

.....