



## J2-Elternfragbogen

Liebe Eltern,

Ihr Kind ist nun schon fast erwachsen und wird weiter selbständiger. Es muss über seine Zukunft nachdenken und ein Berufsziel finden. Vielleicht hat es sogar schon die Schule verlassen und eine Ausbildung begonnen. Für all dies braucht es natürlich Ihre Unterstützung.

Die nötige Stabilität für einen guten Umgang mit **Medien, Alkohol, Nikotin oder gar Drogen** haben Sie ihrem Kind in dem vergangenen Jahre mitgegeben; jetzt haben Sie nur noch wenig Einfluss darauf. Ähnlich ist es mit **Liebe und Sexualität** - sie sind ein ganz wesentlicher Bestandteil unseres Lebens, die die Jugendlichen in ihr Leben integrieren müssen. Unterstützen Sie Ihr Kind auch hier, damit es seinen Weg ohne Erkrankungen und ohne zu viele seelische Verletzungen finden kann.

Auch in diesem Alter kann es Probleme und Konflikte geben, die sich zu **Verhaltensstörungen und seelischen Störungen** auswachsen können. Das Ziel **des J2-Fragebogens** liegt in der Erfassung solcher Störungen und der **Überprüfung der altersgemäßen körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklung**.

Für die J2 bitten wir Sie als **Eltern** erneut, **einen Fragebogen** auszufüllen. Dieser dient uns dazu, den familiären Hintergrund und Ihre Sicht auf die Entwicklung des Jugendlichen zu erfahren. Mit dem zweiten Fragebogen wenden wir uns wieder direkt an den Jugendlichen. Auch bei den Jugendvorsorgen wird der **Impfpass** auf Vollständigkeit nach der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA geprüft.

In diesem Alter sollten auch die **Impfungen** gegen **Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten und Kinderlähmung** sowie **gegen Gebärmutterhalskrebs** schon vollständig sein. Bei Bedarf können sie aber jetzt noch **nachgeholt** werden.

Zur J2 gehören natürlich auch die Messung von **Größe, Gewicht und Blutdruck**.

Ihr Arzt wird sich die Fragebögen und die Test- und Messergebnisse ansehen und Ihren Jugendlichen untersuchen. Sie sind nur dabei, wenn Ihr Jugendlicher das wünscht.

Eine **Blutentnahme** gehört nur dazu, wenn es **Hinweise auf Fettstoffwechselstörungen (z.B. erhöhter Cholesterinwert), Schilddrüsenstörungen oder Mangelernährung** gibt.

Die Ergebnisse der Untersuchung werden mit dem Jugendlichen und Ihnen besprochen und bei Bedarf weiterführende Maßnahmen erörtert. Sie werden über fehlende Impfungen aufgeklärt; mit Ihrem Einverständnis können diese sofort oder später durchgeführt werden.

Die abschließende **Beratung zu Gesundheitsthemen** wie Ernährung, Kariesprophylaxe, Bewegung, Unfallvorbeugung, Sonnenschutz, Umgang mit Medien (Fernsehen, Computer, Internet), Alltags- und anderen Dingen sowie zur Sexualität richtet sich direkt an den Jugendlichen.

### Ihre Praxis Kind & Herz

Bitte füllen sie den nachfolgenden Fragebogen aus!

**Wir haben einige Fragen an Sie -  
Sie entscheiden, was Sie beantworten wollen.**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Gab es seit der J1-Vorsorgeuntersuchung bei Ihrem Jugendlichen:** **Nein** **Ja**  
Ernste Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte, Operationen? Welche? ☐ ☐

\_\_\_\_\_  
Schwere oder häufige Infekte? ☐ ☐  
Allergien? ☐ ☐  
Probleme mit dem Hören? ☐ ☐  
Probleme mit dem Sehen? ☐ ☐

**Welche Schule besucht sie/er?**

\_\_\_\_\_  
Welche Klasse? \_\_\_\_\_  
Gibt es in der Schule Probleme? ☐ ☐  
Bewegt sie/er sich täglich mehr als eine Stunde? (einschließlich Schulweg etc.?) ☐ ☐  
Mehr als drei Stunden? ☐ ☐  
Nutzt Ihr Kind TV/PC/Tablet/Smartphone täglich mehr als eine Stunde? ☐ ☐  
Mehr als drei Stunden? ☐ ☐  
Mehr als sechs Stunden? ☐ ☐  
Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Jugendlichen insgesamt zufrieden? ☐ ☐

**Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?** \_\_\_\_\_  
Welche? \_\_\_\_\_

Verwenden Sie im Haushalt Salz mit Jod? ☐ Mit Fluorid? ☐ Mit Folsäure? ☐

**Gibt es besondere Belastungen in Ihrer Familie?** ☐ ☐  
Wenn ja: welche?  
\_\_\_\_\_

**Gibt es in der Familie Cholesterinprobleme? Herzinfarkt unter 50 Jahren?** ☐ ☐

Ausgefüllt von Mutter ☐ Vater ☐

am: \_\_\_\_\_ (Datum)

## J2-Patienten-Fragebogen

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hier haben wir einige Fragen an Dich. Du entscheidest, was du beantworten willst und was nicht. Es geht bei den Fragen um Beschwerden oder Probleme, die in den letzten sechs Monaten aufgetreten sind; alles, was länger her ist als sechs Monate, brauchst Du nicht anzugeben. Falls Du zurzeit Medikamente bekommst, antworte bitte so, wie Du Dich verhältst, wenn Du keine Medikamente einnimmst.

| Ich                                                                                                                     | stimmt nicht          | stimmt                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. habe Migräne                                                                                                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. musste wegen Kopfschmerzen zum Arzt                                                                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. leide unter asthmatischen Beschwerden oder einer chronischen Bronchitis                                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. mache mir viele Sorgen über meine Gesundheit                                                                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. habe manchmal nervöse Zuckungen (z. B. Blinzel-, Zwinker-, Räuspertic)                                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. kann schlecht einschlafen (d.h. liege mehr als eine Stunde wach)                                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. wache häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen (liege mind. 1 Std. wach)                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. muss bei starker Aufregung stottern                                                                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. habe mehr als einmal im letzten halben Jahr ins Bett gemacht                                                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. habe mehr als einmal im letzten halben Jahr eingekotet                                                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. habe meistens nur wenig Appetit                                                                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. bin sehr wählerisch beim Essen                                                                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. habe ständig Angst, dick zu werden                                                                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. habe aufgrund meines Essverhaltens mindestens 7kg abgenommen                                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. habe mindestens 10 kg Übergewicht                                                                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. werde manchmal wegen meines Übergewichtes geärgert                                                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. habe mit meinen Eltern oft Streit                                                                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. mache, was ich will, auch wenn meine Eltern anderer Ansicht sind                                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. wurde wegen meines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, von einem Ausflug oder einer Kassenfahrt ausgeschlossen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. schwänze manchmal die Schule                                                                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. habe starke Angst davor zur Schule zu gehen                                                                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. streite mich fast jeden Tag mit meinen Geschwistern...                                                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. habe dabei auch ernsthafte Verletzungen, Quälereien oder Drohungen erfahren                                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. werde von anderen Kindern häufig geärgert, gehänselt, geprügelt                                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|                                                                                                                                                                     |                       |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 25. habe Angst vor anderen Jugendlichen                                                                                                                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. habe überhaupt keinen Kontakt zu Gleichaltrigen                                                                                                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27. prügele mich manchmal mit anderen Kindern                                                                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. wechsele häufig meine Freunde                                                                                                                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 29. bin in der Schule leicht ablenkbar und unkonzentriert                                                                                                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30. bin bei den Hausaufgaben sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert                                                                                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31. bin bei Regelspielen (Karten-/Brettspiele) sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert                                                                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 32. bin in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen                                                                                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 33. bin bei den Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen                                                                                         |                       |                       |
| 34. bin bei Regelspielen (Karten- oder Brettspiele) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen                                                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 35. bin im Straßenverkehr oft unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten                                                                                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 36. bin beim Spielen sehr vorschnell, unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten                                                                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 37. bin beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause oft sehr unüberlegt und vorschnell                                                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 38. habe fast täglich einen Wutanfall                                                                                                                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 39. bin ängstlich, mache mir viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben)                                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 40. werde dann manchmal vor lauter Aufregung "krank"                                                                                                                |                       |                       |
| 41. habe panische Angst vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten                                                                                                     |                       |                       |
| 42. habe panische Angst allein zuhause zu bleiben                                                                                                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 43. habe panische Angst vor fremden Menschen (z.B. bei einer Einladung)                                                                                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 44. habe panische Angst vor Blitz, Donner oder Dunkelheit                                                                                                           |                       |                       |
| 45. habe panische Angst vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen                                                                                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 46. ist übertrieben ordentlich                                                                                                                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 47. wasche mir oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind                                                                                                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 48. kontrolliere bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach (z.B. ob Türen oder Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist) |                       |                       |
| 49. kaue oder reiße so stark die Fingernägel, dass es häufiger zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise frei liegt                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 50. bin mindestens einmal pro Woche für mindestens drei Stunden traurig oder niedergeschlagen                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 51. Diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis                                                                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 52. bin nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn ich traurig bin                                                                                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 53. war schon einmal mind. 2 Wochen am Stück traurig oder niedergeschlagen                                                                                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 54. habe schon einmal ernsthaft daran gedacht mich umzubringen                                                                                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 55. rauche mindestens eine Schachtel Zigaretten pro Woche                                                                                                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 56. trinke mehrmals pro Woche Alkohol                                                                                                                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 57. bin mehrmals pro Monat angetrunken                                                                                                                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 58. habe zuhause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolleres (Wert größer 30 €) gestohlen                                                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



|                                                                                          |                       |                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 59. habe schon mindestens fünfmal wertvolle Dinge entwendet                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 60. habe schon einmal mit Absicht Dinge, die ihm nicht gehören, zerstört oder beschädigt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 61. habe dabei einen Schaden von mindestens 30 Euro entstanden                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 62. bin schon von zu Hause weggelaufen                                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 63. habe folgende, oben nicht genannte Probleme                                          |                       |                       |

(Mannheimer Elternfragebogen MEF (Günter Esser & Manfred Laucht))

| Weiterer Fragen                                                                                                                                                      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Schule: Schulform: _____, _____. Klasse; Schulleistungsprobleme: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                           |  |
| Medienkonsum (TV/PC/Spielekonsolen/Handy/...) durchschnittlich pro Tag. <input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> >3 Stunden |  |
| Körperliche Aktivitäten / Sport durchschnittlich pro Tag <input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> >3 Stunden                |  |



## Einverständniserklärung zu Impfungen

**PATIENT:** \_\_\_\_\_ **geb.:** \_\_\_\_\_

Mein Arzt/ meine Ärztin hat mich über die nachfolgend gekennzeichnete(n) Krankheit(en) bzw. Krankheitserreger und über die Schutzimpfungen gegen diese Krankheiten informiert. Er/ Sie hat mir den Nutzen und Risiken dieser Schutzimpfung(en) erklärt, die Fälle, in denen die Schutzimpfung(en) nicht erfolgen sollen, geschildert und mich auf die möglichen Impfreaktionen und Impfkomplicationen hingewiesen. Er/Sie hat mich ferner über die Art und Weise der Durchführung der Impfung, über die Art des Impfstoffes und über Beginn und Dauer des Impfschutzes informiert sowie darüber, wie ich mich nach der Impfung verhalten soll.

**Ich erkläre mich als Erziehungsberechtigte(r) meines Kindes mit den unten bezeichneten Impfungen/Impfkombinationen (angekreuzt) einverstanden.**

### Impfungen zur Grundimmunisierung (aktuelle STIKO-Empfehlung)

|                                                               |                                                     |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diphtherie - <b>D</b>                | <input type="checkbox"/> RSV (Beyfortus®)           |
| <input type="checkbox"/> Pertussis - <b>P</b> (Keuchhusten)   | <input type="checkbox"/> Rotavirus (Schluckimpfung) |
| <input type="checkbox"/> Tetanus – <b>T</b> (Wundstarrkrampf) | <input type="checkbox"/> Pneumokokken               |
| <input type="checkbox"/> Polio (Kinderlähmung)                | <input type="checkbox"/> Masern-Mumps-Röteln (MMR)  |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus Influenza Typ B (HiB)    | <input type="checkbox"/> Varizellen (Windpocken)    |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B                          | <input type="checkbox"/> Meningokokken B            |

### Jugendimpfungen (aktuelle STIKO-Empfehlung)

|                                                          |                                                      |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> D-P-T-Polio (Repevax®) – 4-fach | <input type="checkbox"/> HPV (Humane Papillomaviren) |
| <input type="checkbox"/> Meningokokken (ACWY)            | <input type="checkbox"/>                             |

### Weitere mögliche Impfungen

|                                                    |                                                  |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> FSME (Zeckenenzephalitis) | <input type="checkbox"/> Influenza (Virusgrippe) |
| <input type="checkbox"/> Corona / Covid-19         | <input type="checkbox"/> Hepatitis A             |
| <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>                         |

Anmerkungen:

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Impflings bzw. Sorgeberechtigten

Bitte bringen Sie diese Einverständniserklärung zur ersten Impfung unterschrieben mit. Wir setzen voraus, dass beide Erziehungsberechtigte mit den Impfungen einverstanden sind.

Weiterführende Informationen zu den Impfungen finden Sie auch auf der Internetseite der STIKO unter [www.RKI.de](http://www.RKI.de).