

*Der letzte Untersuchungstermin steht an,
die J2.*

*Bitte drucken Sie die beiden Folgeblätter aus
und bringen Sie zum Termin der J2 den
ausgefüllten Fragebogen mit.*

*Bitte beachten Sie, dass Ihre Tochter bzw. Ihr Sohn
- wie schon beim letzten Mal - einen eigenen
Fragebogen ausfüllen muss, den
Sie separat herunterladen müssen. Bitte achten
Sie darauf, dass Ihre Tochter bzw.
Ihr Sohn den Fragebogen alleine ausfüllt und
uns in einem geschlossenen Umschlag
mitbringt.*



Kinder- und Jugendpraxis Dr. med. Christian Nowakowski

*Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde
Godesberger Strasse 7
53639 Königswinter (Niederdollendorf)
Phone: +49 2223 26226
Fax: +49 2223 905960*

Mannheimer Elternfragebogen J1 und J2

Name der/des Jugendlichen: _____

Kreuzen Sie, die Eltern, bitte an, ob die unten aufgeführten Probleme bei Ihrem Kind in den letzten 6 Monaten aufgetreten sind.

Mein Kind ...	JA	NEIN
1. hat Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. musste wegen Kopfschmerzen zum Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. leidet unter asthmatischen Beschwerden oder einer chronischen Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. macht sich viele Sorgen über seine Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. hat manchmal nervöse Zuckungen, (z. B Blinzel-, Zwinker-, Räuspertic)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. kann schlecht einschlafen (d. h liegt mehr als 1 Std.wach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. wacht häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen (liegt mind. 1. Std wach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. muss bei starker Anstrengung stottern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. hat mehr als einmal im letzten Jahr ins Bett gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. hat mehr als einmal im letzten halben Jahr eingekotet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. hat meistens nur wenig Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ist extrem wählerisch beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. hat ständig Angst, dick zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. hat aufgrund seines Essverhaltens mind.7kg abgenommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. hat mindestens 10 kg Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. wird manchmal wegen seines Übergewichtes geärgert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. hat oft mit seinen Eltern Streit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. macht, was er/sie will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. wurde wegen seines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, einem Ausflug oder Landheimaufenthalt ausgeschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. schwänzt manchmal die Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. hat starke Angst davor zur Schule zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. streitet sich fast jeden Tag mit seinen Geschwistern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. dabei kommt es auch zu ernsthaften Verletzungen, Quälereien oder Drohungen !	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. wird von anderen Jugendlichen häufig geärgert, gehänselt, geprügelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. hat Angst vor anderen Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. hat überhaupt keinen Kontakt zu Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. prügelt sich manchmal mit anderen Kindern oder Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. wechselt häufig seine Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ist in der Schule leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ist bei den Hausaufgaben sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ist bei Regelspielen (Karten-/Brettspiele) sehr ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. ist in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ist bei den Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ist bei Regelspielen (Karten-/Brettspiele) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. ist im Straßenverkehr oft unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. ist beim Spielen oft vorschnell, unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. ist beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause oft sehr unüberlegt und vorschnell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. hat täglich einen Wutanfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. ist ängstlich, macht sich viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.B Klassenarbeit, unangenehme Aufgaben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. wird dann manchmal vor lauter Aufregung " krank "	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat panische Angst ...		
41. - vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. - allein zuhause zu bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. - vor fremden Menschen (z. B bei einer Einladung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. - vor Blitz, Donner oder Dunkelheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. - vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ...		
46. Ist übertrieben ordentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Wäscht sich oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. kontrolliert bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach, (z.B. dass Türen oder Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. kaut oder reißt so stark die Fingernägel, dass es häufiger zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise freiliegt !	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. ist mindestens einmal pro Woche für mindestens drei Stunden traurig oder niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. ist nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn es traurig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. war schon einmal mind. 2 Wochen am Stück traurig oder niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. hat schon einmal ernsthaft gesagt, dass es sich umbringen will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. raucht mind. 1 Schachtel Zigaretten pro Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. trinkt mehrmals pro Woche Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. ist mehrmals pro Monat angetrunken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. hat zuhause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolleres (Wert größer 30 €) gestohlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. hat schon mindestens fünfmal wertvolle Dinge entwendet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. hat schon einmal mit Absicht Dinge, die ihm nicht gehören, zerstört oder beschädigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. dabei ist ein Schaden von mindestens 30 Euro entstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. ist schon von zu Hause weggelaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. hat folgende, oben nicht genannte Probleme:		

Schilddrüsenerkrankungen in der Familie

O ja O nein

Schulleistungsprobleme

O ja O nein

Alleinerziehung

O ja O nein

Besuch Grundschule / Förderschule / Sonderschule

O ja O nein

Sprachentwicklungsstörung

O ja O nein

Geschwisteranzahl

0 1 2 3 4

Stunden TV/PC pro Tag

<1 1-3 >3

Stunden Sport/Bewegung pro Tag

<1 1-3 >3