

Vertraulich! (Nur für den Kinder- und Jugendarzt Ihres Gesundheitsamtes)

Sämtliche Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Nachname des Jugendlichen	Vorname des Jugendlichen	Geburtsdatum _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten		Telefon / Handy
Name und Anschrift der Schule		
beabsichtigte berufliche Tätigkeit		
Behindertenausweis vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Grad der Behinderung _ _	Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

1. Allgemeine Fragen

Anzahl der Kinder im Haushalt: _ _	Anzahl der Erwachsenen im Haushalt: _ _	
Welche Muttersprache spricht Ihre Tochter / Ihr Sohn? <input type="checkbox"/> deutsch	<input type="checkbox"/> andere: wenn ja, welche	<input type="checkbox"/> wächst zweisprachig auf
Ist mindestens ein Elternteil erwerbstätig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

2. Gesundheitsstörungen in der Familie

nein

ja nämlich: Allergie Zuckerkrankheit Epilepsie/Anfallsleiden Hirnhautentzündung andere

3. Entwicklung des Jugendlichen

Liegen gesundheitliche Besonderheiten vor?

nein

ja nämlich: Sprachauffälligkeiten Sehstörungen Hörstörungen Bewegungsauffälligkeiten

angeborene Schäden/Behinderungen andere unbekannt, ob eine solche vorliegt

4. Andere Erkrankungen des Jugendlichen

Wurde **jemals** durch einen Arzt eine der folgenden Erkrankungen festgestellt? nein

ja nämlich:

<input type="checkbox"/> wiederholt Mandelentzündung	<input type="checkbox"/> Epilepsie/Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Allergischer Schnupfen und/oder Augenentzündung	<input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe	<input type="checkbox"/> Rheumatisches Fieber
<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Krankheiten	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit
<input type="checkbox"/> Neurodermitis	<input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung	<input type="checkbox"/> ADS/ADHS
<input type="checkbox"/> allergische Hautkrankheiten (z. B. auf Modeschmuck)	<input type="checkbox"/> Windpocken	<input type="checkbox"/> andere (wenn ja, welche?)
<input type="checkbox"/> andere Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/> Erkrankungen der Wirbelsäule, Knochen und Gelenke	
<input type="checkbox"/> wiederholt Mittelohrentzündung	<input type="checkbox"/> Nieren- und Harnwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> unbekannt, ob eine der genannten Erkrankungen vorliegt

Meine Tochter/ Mein Sohn hatte in den letzten 12 Monaten ...

mehr als 3 Bronchitiden 5 und mehr Erkältungen eine Lungenentzündung.

5. Fragen zu Allergien

Haben Eltern oder auch die Geschwister Beschwerden durch ...	Mutter/Vater			Geschwister (falls zutreffend)		
	ja	nein	weiß nicht	ja	nein	weiß nicht
→ Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Neurodermitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatte Ihre Tochter / Ihr Sohn in den letzten 12 Monaten ...	ja	nein	weiß nicht			
gleichzeitig mit Niesanfällen eine laufende, verstopfte oder juckende Nase und/oder tränende Augen, obwohl es nicht erkältet war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hatte Ihre Tochter / Ihr Sohn in den letzten 12 Monaten ...	ja	nein	weiß nicht			
beim Atmen pfeifende oder fiepende Atemgeräusche im Brustkorb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
falls ja diese während oder nach körperlicher Anstrengung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
nachts einen trockenen Reizhusten, obwohl es keine Erkältung oder Bronchitis hatte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5 oder mehr Anfälle von pfeifender oder fiepender Atmung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hatte Ihre Tochter / Ihr Sohn jemals ...	ja	nein	weiß nicht			
einen juckenden Hautausschlag in den Ellenbeugen oder Kniegelenken, an Hand- und Fußgelenken, im Gesicht oder am Hals, der stärker oder schwächer über mindestens 6 Monate andauerte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

6. Fragen zu häufigen Beschwerden

keine
 Kopfschmerzen
 Schlafstörungen
 Übelkeit/Erbrechen
 bei weibl. Jugendlichen erhebl. Menstruationsbeschwerden
 Husten/Auswurf
 Schwindel
 Ohnmacht
 sonstige

7. Fragen zum Verhalten

Wie gut treffen die folgenden Beschreibungen auf Ihre Tochter / Ihren Sohn zu?

Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei Ihrer Antwort das Verhalten Ihrer Tochter / Ihres Sohnes **in den letzten sechs Monaten**.

Meine Tochter / Mein Sohn ...	nicht zutreffend	teilw. zutreffend	eindeutig zutreffend
ist unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist sehr leicht ablenkbar, unkonzentriert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist ständig zappelig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
denkt meistens nicht nach, bevor er/sie handelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
führt Aufgaben selten zu Ende, keine gute Konzentrationsspanne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat viele Sorgen, erscheint häufig bedrückt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist oft unglücklich oder niedergeschlagen, weint häufig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist nervös oder anklammernd in neuen Situationen, verliert leicht das Selbstvertrauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat viele Ängste, fürchtet sich leicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schwänzt manchmal die Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat ständig Angst zu dick zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meine Tochter/ Mein Sohn trinkt Alkohol nein gelegentlich mehrmals im Monat

Meine Tochter/ Mein Sohn raucht nein gelegentlich täglich

8. Fragen zu Unfällen

Hatte Ihre Tochter / Ihr Sohn **jemals** einen Unfall, der **ärztlich** behandelt werden musste? **nein** ja unbekannt

↪ Wenn ja, welche Verletzung? Bitte geben Sie in der Tabelle die Verletzung und den dazugehörigen Unfallort ein:

Verletzung	zu Hause	in der Schule	im Straßenverkehr	anderer Ort
Gehirnerschütterung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schwere Schnittverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergiftung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbrühung/Verbrennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knochenbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere schwere Verletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es auf Grund der Verletzung noch Beschwerden?	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> wenn ja, welche:	

9. Krankenhausbehandlung

9a. Wurde Ihre Tochter / Ihr Sohn jemals im Krankenhaus stationär behandelt?

- nein ja
Wenn ja, wegen: eines Unfalls einer Krankheit: Wenn ja, welche?

9b. Wurde Ihre Tochter / Ihr Sohn jemals operiert (auch ambulant)?

- nein ja Wenn ja, wegen: _____ Wann? _____

10. Derzeitige ärztliche Behandlung

10a. Meine Tochter / Mein Sohn befindet bzw. befand sich wegen einer Erkrankung in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung (nicht wegen Impfungen oder einer J1-Untersuchung) nein ja

Wenn ja: bitte weiter mit Frage 10b

10b. Mussten weitere Ärzte wegen einer besonderen Untersuchung oder Behandlung aufgesucht werden? nein ja

Wenn ja, wegen: _____

Wo?

- im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ)
in Brandenburg Berlin Mecklenburg-Vorpommern
 Sachsen Sachsen-Anhalt anderes Bundesland
- in spezialfachärztlicher Einrichtung
in Brandenburg Berlin anderes Bundesland
- in psychologischer oder kinder- u. jugendpsychiatrischer Einrichtung

11. Medikamenteneinnahme

11a. Nimmt bzw. nahm Ihre Tochter / Ihr Sohn in den letzten 12 Monaten regelmäßig Medikamente ein?

- nein Wenn ja, Name des Medikamentes _____

11b. Muss Ihre Tochter / Ihr Sohn Notfallarzneimittel mit sich führen?

- nein Wenn ja, Name des Medikamentes _____

12. Körperliche Aktivität

Körperliche Aktivität ist jede Aktivität, die Ihre Tochter / Ihr Sohn zeitweise etwas außer Atem bringt, zum Beispiel laufen, Rad fahren, tanzen, schwimmen und Fußball. Für die folgenden Fragen ist es gleich, ob Ihr/e Sohn/Tochter im Schulsport, Sportverein, Spiel mit Freunden oder allein körperlich aktiv ist.

Wenn Sie an die vergangenen 7 Tage denken, an wie vielen Tagen war Ihr/e Sohn/Tochter für mindestens 60 Minuten an einem Tag körperlich aktiv?

- 1 Tag 2 Tage 3 Tage 4 Tage
 5 Tage 6 Tage 7 Tage an keinem Tag

Gibt es andere regelmäßige sportliche Betätigungen? nein ja wenn ja, welche _____

Lag im letzten Schuljahr eine ärztliche Sportbefreiung vor? ja nein

13. Möchten Sie uns noch etwas zur Entwicklung Ihrer Tochter / Ihr Sohn mitteilen (Besonderheiten)?

Stand: November 2017

Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten

Unterschrift des Jugendlichen