# Mannheimer Elternfragebogen (MEF) zur J1/J2
# (abgeändert nach Günter Esser und Manfred Laucht)

Dr. Michael Lang Kinderarzt

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Ausgefüllt von: _____ am: _____

Der J1 Gesundheitscheck ist zum einen notwendig, um Deinen Gesundheitszustand zu überprüfen, anderseits besteht für Dich die Möglichkeit, Dich mit Deinem Arzt auszutauschen.
Bitte beantworte die nachfolgenden Fragen möglichst genau, damit Dein Arzt besonders gut bei der Untersuchung und dem Gespräch auf Dich eingehen kann.

## Thema Schule

Welche Schule besuchst Du? _____ Klasse: _____

Bist Du mit der Schule/den Lehrern/Deinen Leistungen zufrieden? ☐ ja ☐ nein ☐ geht so

Fühlst Du Dich in der Schule und in Deiner Klasse wohl? ☐ ja ☐ nein ☐ geht so

Gibt es Probleme in der Schule? ☐ nein ☐ ja: _____

## Thema Familie

Kommst Du gut klar mit:

- Deinen Eltern? ☐ ja ☐ nein ☐ geht so
- Deinen Geschwistern? ☐ ja ☐ nein ☐ geht so

Kannst Du mit Deinen Eltern über Probleme reden? ☐ ja ☐ selten ☐ nein

## Thema Freunde

Hast Du Freunde in Deinem Alter? ☐ ja ☐ nein

Kannst Du mit Deinen Freunden über Probleme reden? ☐ ja ☐ selten ☐ nein

## Thema Gesundheit

Fühlst Du Dich gesund? ☐ ja ☐ nein ☐ geht so

Hast Du in letzter Zeit körperliche Beschwerden?

Wenn ja, welche? _____

Sind Erkrankungen oder Allergien bei Dir bekannt?

Wenn ja, welche? _____-

Hast Du Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen? ☐ ja ☐ nein

Warum geht es Dir nicht gut? _____

_____

Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein?

☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche? _____

Hast Du Ängste? Wenn ja, welche? _____

_____

## Thema Sport

Betreibst Du neben dem Schulsport Sport? ☐ ja ☐ nein Welchen? _____

## Deine Einschätzung

Bist Du eher ☐ fröhlich ☐ traurig ☐ ruhig ☐ ausgelassen ☐ aggressiv

Wie zufrieden bist Du mit Deinem Leben? ☐ zufrieden ☐ geht so ☐ unzufrieden

Deine Einschätzung zu Suchtmitteln (falls Du etwas dazu sagen möchtest)

- Zigaretten ☐ nein danke ☐ ich rauche selbst ☐ Freunde rauchen, das findest Du _____
- Alkohol ☐ nein danke ☐ hin und wieder ☐ häufig Dein Kommentar _____
- Drogen ☐ nein danke ☐ schon probiert ☐ Freunde probieren, das findest Du _____

Womit verbringst Du den größten Teil Deiner Freizeit?

- Hobbys Welche? _____
- ☐ Freunde ☐ Familie ☐ Computer spielen/chatten ☐ Fernsehen ☐ Rumhängen, relaxen, chillen ☐ Anderes

Wie zufrieden bist Du mit Deiner körperlichen Entwicklung, Deiner Größe, Deinem Gewicht?

☐ zufrieden ☐ geht so ☐ unzufrieden - Warum bist Du unzufrieden? _____

## Fragen an Deinen Arzt

Markiere die Themen, über die Du mit mir sprechen möchtest. Das Gespräch mit Dir unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.

☐ Fragen zu Deiner Gesundheit, zu bestimmten Beschwerden ☐ Fragen zu Medikamenten, Alkohol, Drogen, Rauchen
☐ Fragen zu anstehenden Impfungen (bei Mädchen z.B. Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs) ☐ Ernährungsfragen/-tipps
☐ Sorgen, Ängste, Stimmungsschwankungen, die Dich belasten ☐ Probleme in der Schule, in der Familie, im Freundeskreis
☐ Fragen zur körperlichen Entwicklung, Pubertät, Aufklärung, Sexualität, Verhütung

# Diese Fragen beantworten Deine **Eltern**

Name des Jugendlichen: _____ Geburtsdatum: _____

Die J1 Untersuchung gehört zu den kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen für Ihr Kind im Alter von 13 bis15 Jahren. Sie soll zeigen, ob die körperliche Entwicklung in der Pubertät normal verläuft. Zudem wird auch die seelische Situation der Heranwachsenden beleuchtet. In der Pubertät beginnen sich die Jugendlichen meist von den Eltern zu lösen.
Mit dem vorliegenden Fragebogen können Sie die Vorbereitung auf die wichtige J1 Untersuchung erleichtern und uns wichtige Informationen für diese Untersuchung geben.

## Thema Familie

Hat Ihr Kind Geschwister? Wie viele? _____

Liegt eine besondere familiäre Situation vor?

Eltern getrennt ☐ ja ☐ nein Elternteil verstorben? ☐ ja ☐ nein

Elternteil alleinerziehend? ☐ ja ☐ nein Kind lebt bei ☐ Mutter ☐ Vater

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn ein eigenes Zimmer? ☐ ja ☐ nein

Gibt es häufig Anlass zu Auseinandersetzungen? ☐ nein ☐ ja Anlass: _____

Wie schätzen Sie das Vertrauensverhältnis zu Ihrem Kind ein? _____ (Skala von 1-6; 1 = stark, 6 = gering)

Rauchen Sie? Mutter: ☐ ja ☐ nein Vater: ☐ ja ☐ nein

## Thema Gesundheit des Jugendlichen

Sind im Verlauf der Entwicklung Probleme aufgetreten?

☐ Kleinkindalter ☐ Kindergartenalter ☐ Schulzeit Wenn ja, welche? _____

Liegen bekannte Erkrankungen/Behinderungen vor?

☐ beim Kind ☐ bei den Eltern ☐ bei den Geschwistern ☐ bei den Großeltern

Wenn ja, welche? _____

Gab es bei Ihrem Kind bisher Operationen? Wenn ja, welche? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein ? ☐ nein ☐ ja, folgende: _____

Wurden bei Ihrem Kind alle erforderlichen Impfungen durchgeführt? ☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt

## Verhaltensauffälligkeiten

Bei der Sprache
☐ ja ☐ nein Kommentar _____

Bei der seelischen Entwicklung
☐ ja ☐ nein Kommentar _____

Im Umgang mit Anderen
☐ ja ☐ nein Kommentar _____

Schwierigkeiten in der Schule
☐ ja ☐ nein Kommentar _____

Störungen/Schwierigkeiten beim Lernen/Konzentrieren
☐ ja ☐ nein Kommentar _____

Schlafstörungen
☐ ja ☐ nein Kommentar _____

Essstörungen,Gewichtsprobleme
☐ ja ☐ nein Kommentar _____

Angstzustände
☐ ja ☐ nein Kommentar _____

Seh- und/oder Hörbehinderungen
☐ ja ☐ nein Kommentar _____

Probleme mit Suchtmitteln (Alkohol, Rauchen, Drogen)
☐ ja ☐ nein Kommentar _____

## Allgemeine Entwicklung

Hat Ihr Kind besondere Talente/Interessen? ☐ nein ☐ ja Folgende _____

Hat Ihr Kind Hobbys? ☐ nein ☐ ja Folgende _____

Ist Ihr Kind sportlich aktiv? ☐ nein ☐ ja Folgende _____

Hat Ihr Kind gleichaltrige Freunde? ☐ nein ☐ ja

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? _____ (Skala von 1-6; 1 = sehr, 6 = überhaupt nicht)

Sind Sie mit dem schulischen Werdegang Ihres Kindes zufrieden? _____ (Skala von 1-6; 1 = sehr, 6 = überhaupt nicht)

## Welche Fragen würden Sie gern mit mir besprechen?

_____

_____

_____

_____

_____