

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



Name: _____ Geburtsdatum: _____

Ausgefüllt von: _____ am: _____

Der J1 Gesundheitscheck ist zum einen notwendig, um Deinen Gesundheitszustand zu überprüfen, andererseits 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/-tips

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 bis 15 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 _____

Schlafstörungen

ja nein Kommentar _____

Bei der seelischen Entwicklung

ja nein Kommentar _____

Essstörungen, Gewichtsprobleme

ja nein Kommentar _____

Im Umgang mit Anderen

ja nein Kommentar _____

Angstzustände

ja nein Kommentar _____

Schwierigkeiten in der Schule

ja nein Kommentar _____

Seh- und/oder Hörbehinderungen

ja nein Kommentar _____

Störungen/Schwierigkeiten beim Lernen/Konzentrieren

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?
