

Ihr Kind ist inzwischen zum Jugendlichen herangewachsen und wird immer selbständiger.

Gleichaltrige Freunde und die „Clique“, der Freundeskreis, werden langsam immer wichtiger als die Familie. „Null Bock“ besonders auf Schule, **erste Liebe und Kontakte mit Nikotin, Alkohol oder gar Drogen** führen häufig zu **Konflikten mit den Eltern**. Selbstzweifel sind normal, können sich aber auch zu **Verhaltensstörungen und seelischen Störungen** auswachsen.

Das Ziel von **Paed.Check® 13.0 (J1)** liegt in der Erfassung solcher Störungen und der **Überprüfung der altersgemäßen körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklung**, insbesondere auch der normalen Pubertätsentwicklung.

Für die J1 müssen Sie als **Eltern nur einen Fragebogen** ausfüllen. Dieser dient dazu, den familiären Hintergrund und Ihre Sicht auf die Entwicklung des Jugendlichen zu erfahren. Mit dem zweiten Fragebogen, in dem es wieder um Krankheiten, Ängste, Verhaltensauffälligkeiten, Ernährungsstörungen, Schulprobleme und gesundheitsgefährdende Faktoren geht, wenden wir uns nun das erste Mal direkt an die Jugendlichen. Auch bei den Jugendvorsorgen wird der Impfpass auf Vollständigkeit nach der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA geprüft. In diesem Alter ist eine **Auffrischung des Impfschutzes gegen Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten und Kinderlähmung** vorgesehen, und **spätestens jetzt sollen alle Mädchen gegen Gebärmutterhalskrebs geimpft werden**. Aber jede Vorsorge ist auch eine Ge-

legenheit, die **Impfpässe der ganzen Familie auf Vollständigkeit zu prüfen**. Bringen Sie sie also gerne mit!

Zu den Untersuchungen gehören, wie bei den letzten Vorsorgen, eine **Urinprobe, ein Hör- und Sehtest sowie die Messung von Größe, Gewicht und Blutdruck**. Ihr Arzt wird sich die Fragebögen und die Test- und Messergebnisse ansehen und Ihren Jugendlichen von Kopf bis Fuß untersuchen. Sie sind nur dabei, wenn Ihr Jugendlicher das wünscht. Eine **Blutentnahme** gehört nur dazu, **wenn es in der Familie frühzeitige Herzinfarkte oder Fettstoffwechselstörungen (z. B. erhöhter Cholesterinwert) oder bestimmte Schilddrüsenerkrankungen gibt**. Die Ergebnisse der Untersuchung werden mit dem Jugendlichen und Ihnen besprochen und bei Bedarf werden 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 Drogen sowie zur Sexualität **richtet sich direkt an den Jugendlichen**.

Ihre Kinder- und Jugendarztpraxis

Bitte füllen Sie den Fragebogen auf der Rückseite aus!

Ein paar alte und viele neue Fragen – Sie entscheiden, was Sie beantworten wollen.

Name des Jugendlichen:

Geburtsdatum:

Gab es seit dem Paed.Check® 9.0 (U11) 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? Herzinfarkte unter 50 Jahren?

Diese Seite kann in der Praxis des Kinder- und Jugendarztes bleiben.

Ausgefüllt von Mutter Vater oder _____ am _____ (Datum)

Prima, dass Du diese Jugendgesundheitsuntersuchung wahrnimmst!

Diese Untersuchung soll helfen, **Gesundheitsstörungen oder Fehlentwicklungen** bei Dir rechtzeitig zu erkennen und dann gezielt zu behandeln. Du brauchst keine Angst zu haben: untersucht wird nur, soweit Du einverstanden bist; Deine Unterwäsche musst Du nicht ausziehen! Die J1 gibt Dir die Möglichkeit, **Deine Fragen zur Gesundheit und körperlichen Entwicklung** zu stellen. Wir prüfen dabei auch Deinen **Impfschutz**, damit Du keine Krankheiten bekommst, gegen die Du Dich durch Impfungen schützen kannst.

Dein Arzt kennt Dich vielleicht schon seit frühester Kindheit und hat Deine Entwicklung begleitet. Mit Deinen Eltern und Deinen Freunden besprichst Du viele Themen – aber eben nicht alles. Für Fragen zur Gesundheit findest Du in Deiner Kinder- und Jugendarztpraxis kompetente Ansprechpartner.

Du entscheidest, ob Deine Eltern bei der Untersuchung und beim Beratungsgespräch anwesend sind oder nicht und **was wir Deinen Eltern mitteilen dürfen** und was nicht. Du kannst sicher sein, dass wir Geheimnisse, die Du uns anvertraust, auch bewahren. Wir wissen, dass es auch einmal Schwächen und Probleme gibt. Schlimm ist es, wenn man Sorgen hat, sich aber nicht helfen lässt.

Wenn Du merkst, dass man Dich ausgrenzen oder zu Aktionen verleiten will, die Dir unangenehm sind oder Deinen Vorstellungen

widersprechen, ziehe einen Schlusstrich! Wenn Du oft traurig und antriebslos bist und Dich mehr und mehr in Dein Zimmer verkriechst, dann lass Dir helfen. Wir Kinder- und Jugendärzte sind dafür gute Ansprechpartner.

Natürlich geht es nicht immer nur um Dich. **Du bist Teil der Gesellschaft** und musst Dich integrieren. Du bist mitverantwortlich für unsere Zukunft! Engagiere Dich, bring Deine Ideen ein und gestalte mit! Unsere Gesellschaft braucht Euch junge Leute und Euer Engagement dringend, und Ihr habt heute in der ganzen Welt Chancen, die Generationen vor Euch nicht hatten. Nutze diese Chancen, **bleibe neugierig und geh sorgsam mit Deinem Körper um**. Prüfe immer kritisch, wenn Dich jemand vereinnahmen will. Suche Deine Freunde mit Bedacht aus und trenne Dich, wenn du Dich nicht mehr wohl fühlst. **Lass Dich nicht mobben, weder im Internet noch im persönlichen Umgang, und mobbe selber nicht!**

Erzähl auch Deinen Freunden von der Jugendgesundheitsuntersuchung!

Wir Kinder- und Jugendärzte wünschen Dir für Deine Zukunft alles Gute!

Bitte fülle nun noch den Fragebogen auf der Rückseite und den MJF (Mannheimer Elternfragebogen) aus!

Wir haben viele Fragen an Dich – Du musst aber nur das beantworten, was Du willst.

Fragen für:	am	(Datum)	Nein	Ja
Hast Du Fragen zu Deiner Gesundheit?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche?				
Hast Du Probleme mit dem Hören oder Sehen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was sind Deine Lieblingsfächer in der Schule?				
Was hast Du für eine Note in Sport? _____ Und in Kunst? _____				
Gibt es für Dich Probleme in der Schule?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche?				
Hast Du Hobbys?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche?				
Weißt Du schon, was Du einmal werden willst?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bist Du im Sportverein?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportart:				
Bewegst Du Dich täglich mehr als eine Stunde? (einschließlich Schulweg etc.)?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr als drei Stunden?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutzt Du TV/PC/Tablet/Smartphone täglich mehr als eine Stunde?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr als drei Stunden?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr als sechs Stunden?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast Du schon mal Alkohol, Zigaretten oder Drogen probiert?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Mädchen: Hattest Du bereits Deine erste Regel?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Jungen: Hattest Du schon mal einen Samenerguss?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast Du Fragen zu Sexualität/Verhütung/Schutz vor Aids?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast Du andere Fragen an uns?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diese Seite kann in der Praxis des Kinder- und Jugendarztes bleiben.

Hier haben wir noch mehr 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.

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

Mannheimer Jugendlichenfragebogen (MJF) nach G. Esser

Fortsetzung MJF

Ich ...	Stimmt nicht	Stimmt
32. bin in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. bin bei den Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. bin bei Regelspielen (Karten- oder Brettspiele) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. bin im Straßenverkehr oft unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. bin beim Spielen oft vorschnell, unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. bin beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause oft sehr unüberlegt und vorschnell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. habe fast täglich einen Wutanfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. bin ängstlich, mache mir viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z. B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. werde dann manchmal vor lauter Aufregung „krank“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. habe panische Angst vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. habe panische Angst, allein zu Hause zu bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. habe panische Angst vor fremden Menschen (z. B. bei einer Einladung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. habe panische Angst vor Blitz, Donner oder Dunkelheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. habe panische Angst vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. bin schon fast übertrieben ordentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. wasche mir oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. kontrolliere bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach (z. B. ob Türen oder Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. kaue oder reiße so stark die Fingernägel, dass es häufiger zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise freiliegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. bin 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. bin nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn ich traurig bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. war schon einmal mindestens zwei Wochen am Stück traurig oder niedergeschlagen ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. habe schon einmal ernsthaft daran gedacht, mich umzubringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. rauche mindestens eine Schachtel Zigaretten pro Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. trinke mehrmals pro Woche Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. bin mehrmals pro Monat angetrunken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. habe zu Hause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolleres (Wert größer 30 €) gestohlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. habe schon mindestens fünfmal weniger wertvollere Dinge entwendet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. habe schon einmal mit Absicht Dinge, die mir nicht gehören, zerstört oder beschädigt ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. habe dabei einen Schaden von mindestens 30 € verursacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. bin schon von zu Hause weggelaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. habe folgende, oben nicht genannte Probleme: Bitte zusätzliches Blatt benutzen!		

Diese Seite kann in der Praxis des Kinder- und Jugendarztes bleiben.