

Angaben zur ärztlichen Untersuchung von Jugendlichen weiterführender Schulen

10. Klasse

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

Sämtliche Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Stand: 14.08.2017

Name	Vorname	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 (in %): _ _	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 Ihr/e Sohn/Tochter?	<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

keine

ja nämlich: Allergie Zuckerkrankheit Epilepsie/Anfallsleiden Hirnhautentzündung andere

3. Entwicklung des Jugendlichen

Liegen gesundheitliche Besonderheiten vor?

keine

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

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

mehr als 3 Bronchitiden. 5 Erkältungen und mehr. eine Lungenentzündung

5. Fragen zu Allergien

Haben Eltern oder auch die Geschwister Beschwerden durch ...	Mutter/Vater			Geschwister		
	ja	nein	weiß nicht	ja	nein	weiß nicht
→ Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/>					
→ Asthma?	<input type="checkbox"/>					
→ Neurodermitis?	<input type="checkbox"/>					
Hatte Ihr/e Sohn/Tochter 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 Ihr/e Sohn/Tochter 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 Anfälle oder mehr von pfeifender oder fiepender Atmung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hatte Ihr/e Sohn/Tochter in den letzten 12 Monaten ...	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/n Tochter/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 Ihres Sohnes/Ihrer Tochter 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"/>

trinkt Alkohol nein gelegentlich mehrmals im Monat
raucht nein gelegentlich täglich

8. Fragen zu Unfällen

Hatte Ihr/e Sohn/Tochter 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 Kita	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 ihr Kind jemals im Krankenhaus stationär behandelt?

nein ja

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

9b. Wurde Ihr Kind 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, Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, "U-Untersuchungen") nein ja

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. Körperliche Aktivität

Körperliche Aktivität ist jede Aktivität, die Ihre/n Tochter/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? ja nein Sportart:

Lag im letzten Schuljahr eine ärztliche Sportbefreiung vor? ja nein

12. Möchten Sie uns noch etwas zur Entwicklung Ihres Sohnes/Tochter mitteilen (Besonderheiten)?

Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten

Unterschrift des Jugendlichen