



STARNBERGER KINDER- & JUGENDÄRZTE

Pädiatrisches Fachzentrum

Elternfragebogen zur J2

Name des Kindes _____ geboren am: _____

ausgefüllt von: _____ am: _____

Familie

Hat Ihr Kind Geschwister? Wie viele? _____

Liegt eine besondere familiäre Situation vor?

Eltern getrennt? Ja Nein Elternteil verstorben? Ja Nein

Elternteil alleinerziehend? Kind lebt bei der Mutter Vater

Anmerkung: _____

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 Ihrer Tochter/Ihrem Sohn ein? _____

(Skala von 1–6; 1= starkes Vertrauen, 6= geringes Vertrauen)

Rauchen Sie? Ja Nein Mutter: Ja Nein Vater: Ja Nein

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 Ihre Tochter/Ihr Sohn regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja, folgende: _____

Wurden bei Ihrem Kind alle erforderlichen Impfungen durchgeführt? Ja Nein Nicht bekannt

Bitte unbedingt den Impfausweis mitbringen!



STARNBERGER KINDER- & JUGENDÄRZTE

Pädiatrisches Fachzentrum

Verhaltensauffälligkeiten

Bei der Sprache

O Ja O Nein Kommentar: _____

Bei der seelischen Entwicklung

O Ja O Nein Kommentar: _____

Im Umgang mit Anderen

O Ja O Nein Kommentar: _____

Schwierigkeiten in der Schule

O Ja O Nein Kommentar: _____

Störungen/Schwierigkeiten beim Lernen, Konzentrationsstörungen

O Ja O Nein Kommentar: _____

Allgemeine Entwicklung

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn besondere Talente/Interessen? O Nein O Ja Folgende: _____

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn Hobbys? O Nein O Ja Folgende: _____

Ist Ihre Tochter/Ihr Sohn sportlich aktiv? O Nein O Ja Folgende: _____

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn gleichaltrige Freunde? O Nein O Ja

Sind Sie mit der Entwicklung Ihrer Tochter/Ihres Sohnes zufrieden? _____

(Skala von 1–6; 1= Sehr, 6= überhaupt nicht)

Sind Sie mit dem schulischen Werdegang Ihrer Tochter/Ihres Sohnes zufrieden? _____

(Skala von 1–6; 1= Sehr, 6= überhaupt nicht)