

⇒ **Informationen zur Jugendgesundheitsuntersuchung J1**

Liebe Eltern, liebe Erziehungsberechtigten,

bei Ihrem heranwachsenden Kind beginnt nun die Jugendzeit und damit auch die Pubertät. Als Weiterführung des gelben Untersuchungsheftes stehen Ihrer Tochter/Ihrem Sohn in diesem Lebensabschnitt weitere ärztliche Vorsorgeuntersuchungen, wie die **Jugendgesundheitsuntersuchung J1** zu.

Die **J1** ist zugeschnitten auf Fragen und Probleme dieser Altersgruppe. Hierzu gehören: körperliche Entwicklung und Pubertätsentwicklung, Seh- und Hörfehler, Schilddrüsenerkrankungen, orthopädische Leiden, riskantes Gesundheitsverhalten, wie Rauchen, Alkohol, Drogen und Medienkonsum, chronische Krankheiten, Behinderungen und seelische Störungen sowie schulische Entwicklung, Leistungsprobleme, Impfschutz und Ernährungsberatung.

Wer macht die Jugendgesundheitsuntersuchung?

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, für Allgemeinmedizin, für Innere Medizin und praktische Ärzte.

Wann wird die Jugendgesundheitsuntersuchung durchgeführt?

Zwischen dem 12. und 14. Geburtstag haben alle Jugendlichen Anspruch auf diese Untersuchung, die Kosten übernehmen die Krankenkassen.

Bitte vereinbaren Sie für Ihr Kind einen Termin zwischen dem 12. und 14. Geburtstag und legen Sie dieses Schreiben bei der Untersuchung der Ärztin / dem Arzt vor.

Bitte geben Sie Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt im Rahmen der neuen Datenschutz-Grundverordnung Ihr Einverständnis zur Rücksendung dieses Schreibens an das Gesundheitsamt.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes

(Praxisstempel)

**Schreiben bitte per Post zurücksenden,
oder per Fax: 06441 407 - 1073,
oder per E-Mail: KJGD@lahn-dill-kreis.de**

Der Kreisausschuss des Lahn-Dill-Kreis
Abteilung Gesundheit
Fachdienst Kinder- und Jugendgesundheit
Karl-Kellner-Ring 51
35576 Wetzlar

Jugendgesundheitsuntersuchung J1 für

Name : _____

Vorname : _____

Geb.-Datum : _____

Schule : _____ Klasse: _____

O.g. Jugendliche / o.g. Jugendlicher wurde von mir am _____ untersucht.

Folgende Impfungen wurden durchgeführt:

(Datum)

(Arztstempel und Unterschrift)