

Elternfragebogen U8

Name Patient: _____

Geburtsdatum: _____

Liebe Eltern,

zur Vorbereitung auf die geplante Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes bitten wir Sie den folgenden Fragenbogen auszufüllen. Er dient zur besseren Beurteilung der Entwicklung Ihres Kindes. Während des Vorsorgetermins haben Sie Gelegenheit weitere, darüber hinausgehende Themen zu besprechen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Sind seit der letzten Vorstellung in unserer Praxis bei Ihrem Kind schwerwiegende Erkrankungen, Krampfanfälle, schwere Infektionen, Operationen oder sonstige Auffälligkeiten? Ja Nein

Wenn ja, welche:

Besucht Ihr Kind einen Kindergarten? Ja Nein

Wenn ja, seit wann: _____ Welchen: _____

Wie viele Stunden am Tag: _____

Weitere Fragen

Zeigt sich bei Ihrem Kind auffälliges oder nicht altersgemäßes Eßverhalten? Ja Nein

Machen Sie regelmäßige Kariesprophylaxe (Fluorhaltige Tabletten oder Putzen mit Fluoridpaste)? Ja Nein

Gibt es Probleme beim Hören? (Ihr Kind sollte auf laute und leise Schallreize reagieren und den Kopf zur Schallquelle werden können?) Ja Nein

Schnarcht Ihr Kind? Ja Nein

Wenn ja, zeigt es dabei Atempausen (länger als 10-20 Sek.)? Ja Nein

Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden? Ja Nein

Wird Ihr Kind von der Umgebung gut verstanden? Ja Nein

Stottert Ihr Kind? Ja Nein

Malt oder kritzelt Ihr Kind, auch wenn es noch wenig gestaltend ist, kommentiert es, wenn gefragt, wen/was es gemalt hat? Ja Nein

Kann Ihr Kind Dreirad, Laufrad (oder ein anderes Gefährt) fahren? Ja Nein

Geht es eine Treppe wechselfüßig (d.h. einen Fuß pro Stufe) vorwärts rauf und runter ohne sich festhalten zu müssen? Ja Nein

Kann es meiner einer (Kinder-)Schere auf einer geraden Linie schneiden? Ja Nein

Stellt es häufig Fragen mit „Warum?“, „Wieso?“, „Woher?“, „Wie denn?“, „Wo denn?“ und hört dann auch aufmerksam zu? Ja Nein

Baut Ihr Kind erkennbare Häuser, Autos, Flugzeuge oder Ähnliches? Ja Nein

Erzählt es Geschichten und Begebenheiten durch das Verbinden der Sätze mit „und-und-und“ oder „und dann - und dann - und dann“? Ja Nein

Ist die Aussprache Ihres Kindes fehlerfrei? Wenn nein, bei welchen Lauten gibt es Probleme? Ja Nein

Erzählt es kleine Erlebnisse in weitgehend richtiger zeitlicher und logischer Reihenfolge? Ja Nein

Verwendet es sechs- bis Achtwortsätze, wobei die wichtigsten grammatikalischen Strukturen weitgehend beherrscht werden und nur noch selten Fehler im Satzbau vorkommen? Ja Nein

Gießt es Flüssigkeiten aus einer Flasche in eine Glas, ohne etwas zu verschütten? Ja Nein

Kann es selber Brot schmieren? Ja Nein

Schläft Ihr Kind nachts durch? Ja Nein

Ist Ihr Kind tagsüber trocken? Ja Nein

Trägt Ihr Kind nachts eine Windel? Ja Nein

Erfolgt der Stuhlgang auf der Toilette? Ja Nein

Weitere Fragen

Zieht sich Ihr Kind die Kleidung selber an?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kann es Knöpfe an seiner Kleidung selber öffnen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kann es in Gegenwart eines Erwachsenen Einkäufe tätigen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kann es (Tür-)Schlösser auf- und zuschließen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kennt es seine Adresse (Straßenname und Hausnummer?)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hat es (zeitweilig) einen "besten Freund / beste Freundin"?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beteiligt es sich an Regelspielen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Trennt sich Ihr Kind ohne Schwierigkeiten über einige Stunden von Ihnen, wenn es in dieser Zeit von einer bekannten Person betreut wird?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Trennt sich Ihr Kind ohne Schwierigkeiten über Nacht von Ihnen, wenn es in dieser Zeit von einer bekannten Person betreut wird?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Spricht Ihr Kind von sich in der Ich-Form?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Spielt es mit anderen Kindern Rollenspiele?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kann Ihr Kind seine Emotionslage bei alltäglichen Ereignissen meist ausreichend selbst regulieren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?		
Wenn nein, was macht Ihnen Sorgen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ausgefüllt von: Mutter Vater

Datum:

Unterschrift: