

Elternfragebogen U9

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 / eine Vorschule? Ja Nein

Wenn ja, seit wann: _____ Welche(n): _____

Wie viele Stunden am Tag: _____ Wann Schulstart geplant: _____

Weitere Fragen

Kann Ihr Kind Fahrrad fahren (ohne Stützräder)? 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 Ihr Kind größere Bälle aus ca. 2 m Entfernung auffangen? Ja Nein

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

Kann es einen Kreis, Quadrat, Dreieck nachmalen? Ja Nein

Erkennt und benennt Ihr Kind mindestens drei Farben richtig? Ja Nein

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

Kennt Ihr Kind Oberbegriffe: Tiere, Pflanzen, Nahrungsmittel, Kleidungsstücke, Fahrzeuge (können mit einem Wimmelbuch erfragt werden)? Ja Nein

Kann es über Erlebnisse (z.B. aus dem Kindergarten) in zeitlich und logisch richtiger Reihenfolge berichten oder Vorgelesenes nacherzählen? Ja Nein

Ist die Aussprache Ihres Kindes weitgehend fehlerfrei? Wenn nein, welche Laute nicht: Ja Nein

Stottert Ihr Kind? 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

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 die Toilette? Ja Nein

Zieht sich Ihr Kind alleine an und kann dabei die Knöpfe schließen? Ja Nein

Spielt es mit einem anderen Kind Rollenspiele? Ja Nein

Hat es (zeitweilig) einen "besten Freund / eine beste Freundin? Ja Nein

Beteiligt es sich an Regelspielen? Ja Nein

Trennt sich Ihr Kind ohne Schwierigkeiten über einige Stunden von Ihnen, wenn es in dieser Zeit von einer bekannten Person betreut wird? Ja Nein

Kann Ihr Kind seine Emotionslage bei alltäglichen Ereignissen meist ausreichend selbst regulieren und leichte, übliche Enttäuschungen tolerieren? Ja Nein

Weitere Fragen

Gibt es besondere Belastungen in der Familie?

Wenn ja, welche:

Ja

Nein

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?

Wenn nein, was macht Ihnen Sorgen:

Ja

Nein

Ausgefüllt von:

Mutter

Vater

Datum:

Unterschrift: