

Elternfragebogen zur U8

Liebe Eltern,

im Rahmen der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen wird die körperliche und psychische Entwicklung Ihres Kindes untersucht. Bitte helfen Sie uns bei der Einschätzung Ihres Kindes und beantworten Sie die nachfolgenden Fragen und notieren Sie ggf. spezielle Fragen und Probleme auf der Rückseite.

Patient: _____
Name
Vorname
Geburtsdatum

| | | |
|---------------------------------|---|----------------|
| Ja | Sind Sie mit der Entwicklung und dem Verhalten Ihres Kindes zufrieden? | Nein |
| Ja | Besucht Ihr Kind eine Kita? Wenn ja, wie viele Stunden pro Tag: | Nein |
| Nein | Werden von dort Sorgen/Probleme berichtet? Wenn ja, welche? | Ja |
| Ihr vierjähriges Kind... | | |
| Ja | ... kann Dreirad/Tretfahrzeug fahren. | Nein |
| Ja | ... geht Treppen im Wechselschritt hinunter, ohne sich festzuhalten. | Nein |
| Ja | ... braucht keine Hilfe mehr beim An- und Ausziehen. | Nein |
| allein / wenig Hilfe | ... kann (leichtgängige) Reißverschlüsse, Knöpfe und Druckknöpfe an seiner Kleidung selbst öffnen und schließen. | Nein |
| Ja | ... wäscht und trocknet sich allein die Hände ab. | Nein |
| Ja | ... baut erkennbare Häuser, Autos, Flugzeuge oder ähnliches. | Nein |
| Ja | ... kann sich selbst ein Brot schmieren. | Nein |
| Ja | ... gießt Flüssigkeiten aus einer Flasche in ein Glas. | Nein |
| Ja viele | ... kann alle Wörter aus dem Alltag richtig aussprechen. Welche noch nicht? | Nein wenige |
| Ja | ... spricht erste Sechswortsätze. | Nein |
| Ja | ... verwendet die Ich-Form. | Nein |
| Ja | ... stellt Fragen mit "Warum?", "Wieso?", "Woher?" und hört aufmerksam zu. | Nein |
| Ja | ... äußert Wünsche in der Ich-Form (z. B. "Ich mag nicht!"). | Nein |
| Ja | ... spielt Rollenspiele mit anderen Kindern. | Nein |
| Ja | ... hat zeitweilig eine beste Freundin/einen besten Freund. | Nein |
| Ja | ... kann sich an einfache Regeln halten (beim Spielen mit anderen Kindern abwechseln, Süßigkeiten aufteilen etc.). | Nein |
| Ja | ... hält sich an Spielregeln, kann auch verlieren. | Nein |
| Ja | ... hat gelegentliche Probleme mit Spielregeln/Verlierer zu sein. | Nein |
| Nein | ... hält Spiele nur kurz durch, bricht viele Spiele von sich aus ab. | Ja |
| Ja | ... spielt allein und kann planvoll spielen für einen Zeitraum von ca. 30 Minuten. | Nein |
| Nein | ... kann sich schlecht selbst beschäftigen/will nichts ohne seine Eltern machen. | Ja |
| Ja | ... trennt sich ohne Schwierigkeiten über einige Stunden von Ihnen, wenn es in dieser Zeit von einer bekannten Person betreut wird. | Nein |
| Nein | ... ist im höchsten Maße eifersüchtig auf seine Geschwister. | Ja |
| Ja | ... ist tagsüber und nachts trocken, der Stuhlgang erfolgt auf Toilette. | Nein |
| Ja | ... selbstständig | Nein |
| Ja | ... wenn es erinnert/ auf Toilette geschickt wird | Nein |
| Nein | ... tagsüber ja, nachts noch nicht | Ja |
| Ja | ... hat ein-/mehrmals täglich schmerz- und angstfrei normal geformten, weichen Stuhlgang. | Nein |

| | | |
|--|---|------|
| Nein | ... kann mindestens dreimal pro Woche schlecht ein- oder durchschlafen (liegt mindestens 1 Stunde wach) oder hat Angstträume. | Ja |
| Nein | ... häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (blickt ins Leere, reagiert nicht). | Ja |
| Nein | ... ist sehr ablenkbar, unkonzentriert, kann keine 10 Min. stillsitzen. Wenn ja, wo? (zutreffendes unterstreichen): zu Hause / Kita / sonstiges: | Ja |
| Nein | ... scheint keine Angst zu kennen und ist mitunter beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten (rennt z. B. ohne zu gucken auf die Straße) | Ja |
| Nein | ... ist ständig ungehorsam. Wenn ja, wo? (zutreffendes unterstreichen): zu Hause / Kita / sonstiges: | Ja |
| Nein | ... zerstört Gegenstände (z. B. Spielsachen anderer) oder quält Tiere. | Ja |
| Nein | ... prügelt sich häufig mit anderen Kindern, dabei kommt es auch häufiger zu blauen Flecken und kleineren Verletzungen. | Ja |
| Nein | ... spricht fast jede fremde Person an/ geht schon nach kurzer Zeit mit Fremden mit. | Ja |
| Nein | ... wehrt sich gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen, auch nicht bei Krankheit/ Angst/ Unsicherheit. | Ja |
| Nein | ... hat Angst vor bestimmten Orten, Situationen, Tieren, fremden Personen o. ä. | Ja |
| Nein | ... reagiert mit panischer Angst auf kleinste Änderungen des Tagesablaufes. | Ja |
| Nein | ... ist mehrmals im Monat traurig, weinerlich (übermäßig im Verhältnis zum auslösenden Ereignis) und nur schwer auf andere Gedanken zu bringen. | Ja |
| Ja | Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind gut sieht (kein Schielen, kein Augenzittern, keine Sehinderung)? | Nein |
| Nein | Gibt es in Ihrer Familie (insbesondere Eltern, Geschwister, Großeltern) Augenerkrankungen z. B. Schielen, Brillentragende? Wenn ja, welche Erkrankung? | Ja |
| Nein | ... hört lauter als andere Familienmitglieder Musik/ macht den Fernseher auffallend laut. | Ja |
| Nein | ... missversteht häufig Anweisungen, wenn es dabei dem Sprecher nicht auf den Mund sehen kann. | Ja |
| Nein | ... versteht normal gesprochene Worte teilweise nur mühsam, seine Konzentration lässt beim Zuhören schnell nach oder es muss viel um Wiederholung bitten. | Ja |
| Ja | Erkennt Ihr Kind mit großer Sicherheit bekannte Geräusche/ Stimmen (Lieder, Stimme der Großeltern am Telefon, Handy klingeln) | Nein |
| Nein | ... schnarcht oder atmet meist mit geöffnetem Mund. | Ja |
| Nein | Hatte Ihr Kind bereits mehr als 3 Mittelohrentzündungen? | Ja |
| Nein | Lutscht Ihr Kind am Daumen oder braucht den Schnuller? | Ja |
| | Wie wird Ihr Kind ernährt? O Vollkost O Vegetarisch O vegan O andere | |
| Ja | Nimmt es regelmäßig an den zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen teil? | Nein |
| Ja | Putzt es sich die Zähne? | Nein |
| Ja | Putzen Sie die Zähne nach? | Nein |
| Ja | Bekommt Ihr Kind eine Fluoridkariesprophylaxe (fluoriertes Salz oder fluoridierte Zahnpaste)? Wenn ja, welche? | Nein |
| Ja | Trägt Ihr Kind einen Schutzhelm? (Fahrradanhänger, Fahrradsitz, Laufrad o. ä.) | Nein |
| Nein | Sind Sie in irgendeiner Weise besorgt um die Entwicklung Ihres Kindes? Hatte es einen Krampfanfall; Probleme beim Wasserlassen oder hat es abnorme Stühle; Schwierigkeiten beim Essen oder Trinken; Verhaltensauffälligkeiten; gehäufte Infektionen, starkes Schwitzen? Wenn "Ja", bitte unterstreichen. | Ja |
| Wie lange schaut es täglich fern/nutzt Handy/Tablett/Laptop: | | |

