



Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung

U8

Name _____

Geburtsdatum _____

Liebe Eltern,

zur Vorbereitung auf die heutige Vorsorgeuntersuchung bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen, damit wir die Entwicklung Ihres Kindes besser beurteilen können. Sollten sich darüber hinaus Veränderungen in der Betreuungssituation oder besondere Belastungen in Ihrer Familie ergeben, sprechen Sie uns diesbezüglich bitte während der Vorsorgeuntersuchung an. Gerne können wir Sie über entsprechende Hilfeangebote beraten. Selbstverständlich sind die von Ihnen gemachten Angaben freiwillig und unterliegen streng der ärztlichen Schweigepflicht. Sie haben das Recht, diese Daten zu einem späteren Zeitpunkt nochmals einzusehen, um diese ändern oder auch löschen zu lassen - sofern keine anderen rechtlichen Regelungen dem entgegenstehen. Wir danken für Ihre Mitarbeit.

Sind seit der letzten Untersuchung bei Ihrem Kind schwerwiegende Erkrankungen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen, Operationen oder sonstige Auffälligkeiten aufgetreten? ja nein

Wenn ja, welche:

Zeigen sich bei Ihrem Kind Ernährungsschwierigkeiten? ja nein

Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind gut hören kann? 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

Schnarcht Ihr Kind? ja nein

Wenn ja, zeigt es dabei Atempausen (länger als 10-20 Sekunden)? ja nein

Zusätzliche Fragen zur Feststellung der Hörfähigkeit:

Missversteht Ihr Kind häufig Anweisungen, wenn es dabei dem Sprecher nicht auf den Mund sehen kann? ja nein

Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind normal gesprochene Worte teilweise nur mühsam versteht und seine Konzentration beim Zuhören schnell nachlässt? ja nein

Wir Ihr Kind von anderen Kindern beim Spielen ausgeschlossen, weil es sich mit seinen Spielgefährten nicht ausreichend sprachlich verständigen kann? ja nein

Findet Ihr Kind wenig Kontakt mit anderen Spielgefährten, spielt es lieber alleine? ja nein

Erkennt Ihr Kind mit großer Sicherheit bekannte Geräusche (z.B. Öffnen des Garagentores, Motorgeräusche vom Auto der Eltern oder ähnliches)? ja nein



Zusätzliche Fragen :

| | | | |
|--|---|--|-------------------------------|
| Kann Ihr Kind Dreirad, Laufrad (oder ein anderes Gefährt) fahren? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Geht Ihr Kind wechselfüßig eine Treppe vorwärts herauf und runter, d.h. einen Fuß pro Stufe ohne Festhalten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Stellt es häufig Fragen mit „Warum?“, „Wieso?“, „Woher?“ und hört dann aufmerksam zu? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Baut Ihr Kind erkennbare Häuser, Autos, Flugzeuge oder ähnliches*? * = _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Gießt es Flüssigkeiten aus einer Flasche in ein Glas? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Kann sich Ihr Kind selbst ein Brot schmieren? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Zieht es sich die Schuhe an? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Zieht sich Ihr Kind Kleider an? | <input type="checkbox"/> ja, ohne Hilfe | <input type="checkbox"/> ja, mit Hilfe | <input type="checkbox"/> nein |
| Öffnet es Knöpfe? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Schläft Ihr Kind nachts durch? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Erfolgt der Stuhlgang auf der Toilette? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Ist Ihr Kind tagsüber trocken? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Trägt Ihr Kind nachts eine Windel? | <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 | |
| Besucht Ihr Kind einen Kindergarten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Spielt es mit anderen Kindern Rollenspiele? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Beteiligt sich Ihr Kind an Regelspielen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Hat Ihr Kind (zeitweilig) einen „besten Freund“? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Kann Ihr Kind seine Emotionen bei alltäglichen Ereignissen meist ausreichend regulieren? | <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 | |
| Machen Sie sich über irgendetwas Sorgen bezüglich der Entwicklung Ihres Kindes? Wenn ja, notieren Sie diese bitte stichwortartig! | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |

Ausgefüllt von: Mutter Vater _____

_____ Datum und Unterschrift