

## Elternfragebogen zur U7

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 |
|------|---------|--------------|

| Kann Ihr zweijähriges Kind ... |                                                                                                                           |      |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Ja                             | ... auf ein Sofa/einen Stuhl klettern und wieder runter?                                                                  | Nein |
| Ja                             | ... Hindernisse umgehen?                                                                                                  | Nein |
| Ja                             | ... vorwärts hüpfen, ohne hinzufallen?                                                                                    | Nein |
| Ja                             | ... mit Armschwung rennen, ohne hinzufallen?                                                                              | Nein |
| Ja                             | ... 3 Schritte rückwärtsgehen, ohne umzufallen?                                                                           | Nein |
| Ja                             | ... gehen u. dabei einen größeren Gegenstand (z. B. Ball) mit beiden Händen tragen?                                       | Nein |
| Ja                             | ... eine Treppe hinaufsteigen, wenn es sich mit einer Hand am Geländer festhält?                                          | Nein |
| Ja                             | ... eine Treppe hinabsteigen, wenn es sich mit einer Hand am Geländer festhält?                                           | Nein |
| Ja                             | ... Striche hin und her zeichnen?                                                                                         | Nein |
| Ja                             | ... 3 Baubecher ineinanderstecken?                                                                                        | Nein |
| Ja                             | ... einen kleinen Gegenstand (z. B. Murmel) aus kleiner Flasche/ Dose schütteln?                                          | Nein |
| Ja                             | ... eine Holzperle auf eine Schnur fädeln?                                                                                | Nein |
| Ja                             | ... den Schraubverschluss einer Flasche auf- und zuschrauben (mit Nachfassen)?                                            | Nein |
| Ja                             | ... die Kurbel einer Spieldose drehen?                                                                                    | Nein |
| Ja                             | ... Wünsche durch Worte äußern (z. B. „da“ oder „ham-ham“)?                                                               | Nein |
| Ja                             | ... Einwortsätze mit 10 richtig ausgesprochenen Wörtern benutzen?                                                         | Nein |
| Ja                             | ... Zweiwortsätze, wie z. B. „Papa Auto“ oder „Mama aua“, in Kindersprache bilden?                                        | Nein |
| Ja                             | ... ihm bekannte Lieder mitsummen?                                                                                        | Nein |
| Ja                             | Wird Ihr Kind von anderen Personen außerhalb der Familie verstanden?                                                      | Nein |
| Ja                             | Kommt Ihr Kind manchmal mit einem Bilderbuch, um es sich zeigen zu lassen?                                                | Nein |
| Ja                             | Gebraucht Ihr Kind seinen Vornamen, wenn es von sich spricht?                                                             | Nein |
| Ja                             | Führt Ihr Kind einfache Aufträge aus (z. B. einen Becher in die Küche bringen)?                                           | Nein |
| Ja                             | Bleibt Ihr Kind, ohne zu weinen, kurze Zeit bei Bekannten (etwa 15 Min.) ohne dass Eltern oder Geschwister anwesend sind? | Nein |
| Nein                           | ... kommt es dabei zu langem Schreien oder Weinen (mindestens eine Viertelstunde)                                         | Ja   |
| Ja                             | Spielt Ihr Kind gern mit Gleichaltrigen fangen?                                                                           | Nein |
| Ja                             | Versorgt Ihr Kind Puppen/ Stofftiere?                                                                                     | Nein |
| Ja                             | Tröstet Ihr Kind, wenn jemand traurig ist?                                                                                | Nein |
| Kann Ihr zweijähriges Kind ... |                                                                                                                           |      |
| Ja                             | ... sich selbst im Spiegel erkennen?                                                                                      | Nein |
| Ja                             | ... mit Ihnen gemeinsam am Tisch essen?                                                                                   | Nein |
| Ja                             | ... selbstständig aus einer Tasse trinken?                                                                                | Nein |
| Ja                             | ... mit dem Löffel essen und in einer Tasse umrühren?                                                                     | Nein |
| Ja                             | ... manchmal Essen mit der Gabel aufspießen?                                                                              | Nein |
| Ja                             | ... eine Puppe oder Mama/Papa füttern?                                                                                    | Nein |
| Ja                             | ... sich die Hände (flüchtig) abtrocknen?                                                                                 | Nein |
| Ja                             | ... sich die geöffnete Jacke selbst ausziehen?                                                                            | Nein |
| Ja                             | ... sich das Unterhemd (ärmellos) selbst ausziehen?                                                                       | Nein |
| Ja                             | ... sich die Schuhe selbst anziehen (ohne die Verschlüsse zuzumachen)?                                                    | Nein |

|                                                                                   |                                                                                                                                                 |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Ja                                                                                | .... die Zahncreme ausspucken? Name der Zahncreme?                                                                                              | Nein |
| Ja                                                                                | Ist Ihr Kind tagsüber trocken?                                                                                                                  | Nein |
| Ja                                                                                | Hat Ihr Kind einmal oder mehrmals täglich schmerz- und angstfrei normal geformten, weichen Stuhlgang.                                           | Nein |
| Ja                                                                                | Schläft Ihr Kind durch?                                                                                                                         | Nein |
| Nein                                                                              | Kann Ihr Kind mindestens dreimal pro Woche schlecht einschlafen (liegt mindestens eine Stunde wach)?                                            | Ja   |
| Nein                                                                              | Wacht Ihr Kind mindestens einmal pro Nacht auf?                                                                                                 | Ja   |
| Nein                                                                              | Schläft Ihr Kind nachts mit im Elternbett, obwohl sie dies nicht gern sehen?                                                                    | Ja   |
| <u>Hat Ihr Kind...</u>                                                            |                                                                                                                                                 |      |
| Nein                                                                              | ... Angstträume?                                                                                                                                | Ja   |
| Nein                                                                              | ... vor vielen Dingen panische Angst?                                                                                                           | Ja   |
| Nein                                                                              | ... meistens wenig Appetit?                                                                                                                     | Ja   |
| Nein                                                                              | ... täglich einen Wutanfall?                                                                                                                    | Ja   |
| <u>Ist Ihr Kind...</u>                                                            |                                                                                                                                                 |      |
| Wie wird Ihr Kind ernährt?    O Vollkost    O Vegetarisch    O vegan    O andere: |                                                                                                                                                 |      |
| Nein                                                                              | ... extrem wählerisch beim Essen?                                                                                                               | Ja   |
| Nein                                                                              | ... überaus schreckhaft?                                                                                                                        | Ja   |
| Nein                                                                              | ... sehr unruhig, zappelig und kann nicht still sitzen?                                                                                         | Ja   |
| Nein                                                                              | ... mitunter beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten? (Scheint keine Angst zu kennen)?                                   | Ja   |
| Nein                                                                              | ... zu Hause ständig ungehorsam?                                                                                                                | Ja   |
| Nein                                                                              | ... gegenüber Schmerz sehr unempfindlich?                                                                                                       | Ja   |
| Nein                                                                              | ... häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (blickt ins Leere, reagiert nicht)?                                                                | Ja   |
| Nein                                                                              | Zerstört Ihr Kind häufig Gegenstände?                                                                                                           | Ja   |
| Nein                                                                              | Hat Ihr Kind große Angst vor fremden Erwachsenen?                                                                                               | Ja   |
| Nein                                                                              | Spricht Ihr Kind fast jede fremde Person an?                                                                                                    | Ja   |
| Nein                                                                              | Geht Ihr Kind schon nach kurzer Zeit mit fremden Personen überall mit?                                                                          | Ja   |
| Nein                                                                              | Hält Ihr Kind körperliche Nähe (kuscheln, Streicheleinheiten) aus?                                                                              | Ja   |
| Nein                                                                              | Reagiert Ihr Kind mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird?                                                              | Ja   |
| Ja                                                                                | Trägt Ihr Kind einen Schutzhelm? (Fahrradanhänger, Fahrradsitz, Laufrad, Dreirad)                                                               | Nein |
| Ja                                                                                | Reagiert Ihr Kind richtig auf die geflüsterte Aufforderung in das Ohr, ein Wort nachzusprechen, ein Spielzeug zu geben, zur Tür zu gehen o. ä.? | Nein |
| Ja                                                                                | Erkennt Ihr Kind bekannte Geräusche (z. B. Flugzeug, Tierlaute)?                                                                                | Nein |
| Ja                                                                                | Kann sich Ihr Kind schon in seiner Sprache mit anderen Kindern „unterhalten“?                                                                   | Nein |
| Ja                                                                                | Hört Ihr Kind eine Mücke summen?                                                                                                                | Nein |
| Nein                                                                              | Schnarcht Ihr Kind?                                                                                                                             | Ja   |
| Nein                                                                              | Atmet Ihr Kind meistens mit offenem Mund / atmet im Schlaf mit offenem Mund?                                                                    | Ja   |
| Nein                                                                              | Hatte Ihr Kind bereits Mittelohrentzündungen?                                                                                                   | Ja   |
| Nein                                                                              | Tragen Sie eine Brille?                                                                                                                         |      |
| Nein                                                                              | Mutter?                                                                                                                                         | Ja   |
| Nein                                                                              | Vater?                                                                                                                                          | Ja   |
| Nein                                                                              | Sieht Ihr Kind fern, oder nutzt andere digitale Geräte, wie Tablet oder Handy?<br>Wenn Ja, wie oft und wie lange?                               | Ja   |
| Seit wann läuft Ihr Kind frei? → Seit dem      Lebensmonat.                       |                                                                                                                                                 |      |
| Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden?                        |                                                                                                                                                 |      |

Wie ist die aktuelle Betreuungssituation?

O Kita/ Tagesmutter/Tagesvater?

O noch zu Hause?

- Kita geplant? Wenn Ja, ab wann?

O andere Betreuung:

Familiäre Situation:

|                                                                       | Fast<br>nie | Häufig | Fast<br>immer | hier<br>wünsche ich<br>fachkundige<br>Beratung |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------|--------|---------------|------------------------------------------------|
| Fühlen Sie sich mit Ihren Sorgen allein gelassen und sozial isoliert? |             |        |               |                                                |
| Bräuchten Sie mehr Unterstützung durch Familie/Freundeskreis?         |             |        |               |                                                |
| Finden Sie genug Zeit zum Duschen und Essen?                          |             |        |               |                                                |
| Haben Sie das Gefühl,...                                              |             |        |               |                                                |
| ... dass Ihre Nerven blank liegen?                                    |             |        |               |                                                |
| ... dass Sie keinen Zugang zu Ihrem Kind zu finden?                   |             |        |               |                                                |
| ... dass Sie als Mutter versagen?                                     |             |        |               |                                                |
| ... Sie könnten mit Ihrem Kind nirgendwo hin gehen?                   |             |        |               |                                                |
| Plagen Sie Ängste, dass Ihrem Kind etwas zustoßen könnte?             |             |        |               |                                                |
| Belasten die Probleme die Partnerschaft?                              |             |        |               |                                                |