

Elternfragebogen zur U7a

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/Tagesmutter/-vater? Wenn ja, wie viel Stunden pro Tag?	Nein
Nein	Werden von dort Sorgen/Probleme berichtet? Wenn ja, welche:	Ja
<u>Ihr dreijähriges Kind ...</u>		
Ja	... geht eine Treppe, ohne sich festzuhalten, auf und ab im Wechselschritt (d. h. einen Fuß pro Stufe).	Nein
Ja	... gelangt allein auf eine niedrige Schaukel.	Nein
Ja	... bewegt ein Dreirad oder andere dreirädrige Fahrzeuge zielgerichtet über eine längere Entfernung (es tritt und lenkt gleichzeitig).	Nein
Ja	... gießt Flüssigkeiten aus einer Flasche in ein Glas, ohne etwas zu verschütten.	Nein
Ja	... kann Messer, Gabel und Löffel richtig halten.	Nein
Ja	... hilft bei einfachen Haushaltstätigkeiten.	Nein
Ja	... braucht beim Hände waschen keine Hilfe mehr.	Nein
Ja	... kann (leichtgängige) Reißverschlüsse, große Knöpfe und Druckknöpfe an seiner Kleidung selbst öffnen.	Nein
Ja	... zieht sich einen Pullover selbst aus.	Nein
Ja	... zieht sich auch den Pullover allein an.	Nein
Ja	... findet zuhause auch in dunklen Räumen den Lichtschalter.	Nein
Ja	... hört mind. 5 Min. aufmerksam einer vertrauten Geschichte zu (nicht gemeint sind Lieder, Gedichte, Reime).	Nein
Ja	... kann 3-5 Wort –Sätze bilden.	Nein
Ja	... verwendet seinen Vor- oder Rufnamen, wenn es von sich spricht.	Nein
Ja	... verwendet die Mehrzahl.	Nein
Ja	... wird von anderen Personen außerhalb der Familie verstanden.	
Ja	... sagt „Bitte“, wenn es etwas möchte.	Nein
Ja	... spielt mit einem anderen Kind (länger als 5 Minuten, in der die Kinder sprechen und Gegenstände austauschen).	Nein
Ja	... hat zeitweilig (über mehrere Wochen) einen „besten Freund“ oder eine „beste Freundin“.	Nein
Ja	... kann sich an einfache Regeln halten (beim Spielen mit anderen Kindern – ohne Eingriff von Erwachsenen - abwechseln, Süßigkeiten aufteilen, in einer Reihe der Rutsche anstellen etc.).	Nein
Ja	... kann sich für mind. eine halbe Stunde allein in einem Zimmer beschäftigen (ein Erwachsener kann in der Nähe sein, aber nicht im selben Raum).	Nein
Ja	... kann sich ohne Schwierigkeiten über einige Stunden von Ihnen trennen, wenn es in dieser Zeit von einer gut bekannten Person betreut wird.	Nein
Nein	... schreit und weint anhaltend (länger als 15 Minuten) bei jeder Trennung.	Ja

Ja	... übernimmt spielerisch eine Rolle, z. B. „Ich bin ein Baby und du musst mich füttern“, „Ich bin jetzt ein Löwe und fresse dich“, „Ich bin die Polizei und verhafte dich“.	Nein
Ja	... sagt Bescheid, wenn es auf die Toilette muss.	Nein
Ja	... ist tagsüber trocken.	Nein
Ja	... ist nachts trocken.	Nein
Ja	... hat einmal oder mehrmals täglich schmerz- und angstfrei normal geformten, weichen Stuhlgang.	Nein
Ja	... schläft durch.	Nein
Nein	... kann mind. 3x pro Woche schlecht ein- o. durchschlafen (liegt mind. 1 Std. wach).	Ja
Nein	... hat Angstträume.	Ja
Nein	... schläft nachts mit im Elternbett, obwohl Sie dies nicht gern sehen.	Ja
	Wie wird Ihr Kind ernährt? O Vollkost O Vegetarisch O vegan O andere:	
Nein	... hat meistens wenig Appetit.	Ja
Nein	... ist extrem wählerisch beim Essen.	Ja
Nein	... ist häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (blickt ins Leere, reagiert nicht).	
Nein	... sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen.	Ja
Nein	... scheint keine Angst zu kennen und ist mitunter beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten.	Ja
Nein	... hat täglich einen Wutanfall.	Ja
Nein	... ist zu Hause ständig ungehorsam.	Ja
Nein	... gegenüber Schmerz sehr unempfindlich.	Ja
Nein	... zerstört häufig Gegenstände.	Ja
Nein	... spricht fast jede fremde Person an/ geht mit fremden Personen überall mit.	Ja
Nein	... wehrt sich gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen, auch nicht bei Krankheit/Angst/Unsicherheit.	Ja
Nein	... hat große Angst vor fremden Erwachsenen.	Ja
Nein	... ist überaus schreckhaft.	Ja
Nein	... reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird.	Ja
Ja	... reagiert angemessen auf zumutbare Änderungen des Tagesablaufes.	Nein
Ja	Trägt Ihr Kind einen Schutzhelm? (Fahrradhanhänger, Fahrradsitz, Laufrad, Dreirad o.ä.)	Nein
Ja	Haben Sie den Eindruck, dass ihr Kind gut hört? (erkennt auch leise Geräusche wie Mückensummen, stellt Musik nicht zu laut, reagiert richtig auf geflüsterte Aufforderungen 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	Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind gut sieht (kein Schielen, kein Augenzittern, keine Sehinderung)?	Nein
Nein	Tragen Sie eine Brille?	Ja
Nein	Mutter?	Ja
Nein	Vater?	Ja
Nein	Gibt es in Ihrer Familie (insbesondere Eltern, Geschwister, Großeltern) Augenerkrankungen wie z. B. Schielen? Wenn ja, welche?	Ja
Nein	... schnarcht oder atmet meist mit geöffnetem Mund.	Ja
Nein	Sieht Ihr Kind fern, oder nutzt andere digitale Geräte, wie Tablet oder Handy? Wenn Ja, wie oft und wie lange?	Ja
Nein	Hatte Ihr Kind bereits Mittelohrentzündungen?	Ja
Nein	Lutscht Ihr Kind am Daumen oder braucht den Schnuller?	Ja

Ja	Ist es regelmäßig beim Zahnarzt? Wenn ja, wie oft?	Nein
Ja	Putzt sich die Zähne.	Nein
Ja	Putzen Sie die Zähne nach?	Nein
Ja	Bekommt Ihr Kind eine Fluorkariesprophylaxe (Zymafluor, fluoriertes Salz oder fluoridierte Zahnpaste)? Wenn ja, welche?	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 oder ergänzen.	Ja

Familiäre Situation:

	Fast nie	Häufig	Fast immer	hier wünsche ich fachkundige 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?				