

Elternfragebogen zur U5

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.

Kind: _____
Name
Vorname
Geburtsdatum

Kann Ihr 6 bis 7 Monate altes Kind ...		
Ja	... ein Spielzeug betrachten?	Nein
Ja	... dieses gezielt mit ganzer Hand und gestrecktem Daumen greifen?	Nein
Ja	... und es in den Mund nehmen?	Nein
Ja	... damit hantieren und es von einer Hand in die andere Hand übergeben?	Nein
Ja	... die Fäuste meist offen halten?	Nein
Ja	... mit seinen Zehen spielen?	Nein
Ja	... sich über beide Seiten vom Rücken auf den Bauch rollen?	Nein
Ja	... sich über beide Seiten vom Bauch auf den Rücken rollen?	Nein
Ja	... sich in Bauchlage auf beide gestreckte Arme stützen, um Kopf und Brust zu heben?	Nein
Ja	... den Kopf beim Tragen stabil halten?	Nein
Ja	... hören? (Sucht und findet Ihr Kind eine Geräuschquelle, die es nicht unmittelbar sieht? Beobachtet es interessiert Gespräche in seiner Umgebung und reagiert auf Zuruf? Reagiert es auf Papierrascheln?)	Nein
Ja	... quietschen, gurren, plaudern, stimmhaft lachen?	Nein
Ja	... Silbenketten bilden (zum Beispiel: de – de, la –la)?	Nein
Ja	Guckt Ihr Kind herunterfallendem Spielzeug hinterher und nimmt mit Ihnen Blickkontakt auf?	Nein
Ja	Lächelt Ihr Kind, wenn es freundlich angesprochen wird?	Nein
Nein	Ist Ihr Kind häufig auffallend ernst, lächelt nur die anderen an?	Ja
Ja	Benimmt Ihr Kind sich bei bekannten und unbekannten Personen verschieden?	Nein
Ja	Lässt Ihr Kind sich beruhigen, wenn es weint?	Nein
Ja	Toleriert Ihr Kind, wenn sie kurz den Raum verlassen?	Nein
Nein	Schreit Ihr Kind ständig, sobald ihm etwas nicht passt? (z. B. bei jedem Ablegen)	Ja
Nein	Ist das Schreien so unerträglich, dass Sie Hilflosigkeit, Angst oder Wut spüren?	Ja
Nein	Ist Ihr Kind ständig unruhig und unzufrieden?	Ja
Ja	Erträgt Ihr Kind körperliche Nähe/Begrenzung? (z.B.kuscheln, einpucken)	Nein
Nein	Fordert Ihr Kind ständig Aufmerksamkeit und Unterhaltung?	Ja
Nein	Reagiert Ihr Kind extrem ängstlich auf alles Neue, wie z. B. eine fremde Umgebung/Person oder neues Spielzeug?	Ja
Nein	Braucht Ihr Kind mehr als 30 Min. zum Einschlafen?	Ja
Nein	Schläft Ihr Kind häufig tagsüber nur kurz und unregelmäßig?	Ja

Nein	Trägt mindestens ein Elternteil/Geschwisterkind eine Brille? Wenn ja: O Mama O Papa O Geschwister	Ja
Welche Muttersprache sprechen Sie?		
Wie wird Ihr Kind ernährt?		
O Muttermilch/Pre-Milch O Muttermilch/Pre-Milch u. Beikost O Beikost: ☐ Gemüsebreie ☐ Fleischbreie: ☐ Rind 2 x pro Woche ☐ Geflügel 3-4x pro Woche ☐ Getreidebreie ☐ Obstbreie O andere:		
Wie ernähren Sie sich?		
O Vollkost O Vegetarisch O vegan O andere:		
Nein	Sind die Mahlzeiten mühsam und langwierig? (mehr als 45 Min.)	Ja
Nein	Isst Ihr Kind nur mit Ablenkung?	Ja
Nein	Ist Ihr Kind trinkfaul, trinkt häufig nur mit Druck oder Zwang?	Ja
Nein	Wehrt Ihr Kind das Füttern mit dem Löffel ab?	Ja
Ja	Hat Ihr Kind einmal oder mehrmals täglich schmerz- und angstfrei normal geformten, weichen Stuhlgang.	Nein
Ja	Bekommt Ihr Kind Vitamin D (Dekristol oder Vigantol)?	Nein
Nein	Schläft Ihr Kind in einem separaten Raum?	Ja
Nein	Sieht Ihr Kind fern, oder nutzt andere digitale Geräte, wie Tablet oder Handy? Wenn Ja, wie oft und wie lange?	Ja
	Wie ist die aktuelle Bereuungssituation? O Mama und Papa O Oma und Opa O andere:	
Nein	Hatte ihr Kind schon einmal einen Krampfanfall; Probleme beim Wasserlassen; eine Operation oder Vorerkrankungen, hat es abnorme Stühle oder Verstopfungen; Schwierigkeiten beim Schlucken/ Trinken/ Füttern, schreit Ihr Kind schrill oder kraftlos beziehungsweise sind Sie sonst in irgendeiner Weise besorgt um die Entwicklung Ihres Kindes? Wenn "Ja", inwiefern:	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 finden?				
... dass Sie als Mutter/Vater versagen?				
... dass Sie mit Ihrem Kind nirgendwohin gehen könnten?				
Plagen Sie Ängste, dass Ihrem Kind etwas zustoßen könnte?				
Belasten die Probleme die Partnerschaft?				