

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
<u>Ihr vierjähriges Kind...</u>		
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	... wird von anderen Personen außerhalb der Familie verstanden.	Nein
Ja	... spricht erste Sechswortsätze.	Nein
Ja	... verwendet die Ich-Form.	Nein
Ja	... bildet die Mehrzahl.	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
	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

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	Tragen Sie eine Brille?	Ja
Nein	Mutter?	Ja
Nein	Vater?	Ja
Nein	Gibt es in Ihrer Familie (insbesondere Eltern, Geschwister, Großeltern) Augenerkrankungen z. B. Schielen, Brillenträgernde? 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
Ja	Nimmt es regelmäßig an den zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen teil?	Nein

Ja	Putzt es sich die Zähne? Mit welcher Zahncreme?	Nein
Ja	Putzen Sie die Zähne nach?	Nein
Ja	Bekommt Ihr Kind eine Fluoridkariesprophylaxe (fluoriertes Salz oder fluoriertes 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
Sieht Ihr Kind fern, oder nutzt andere digitale Geräte, wie Tablet oder Handy? Wenn Ja, wie oft und wie lange?		

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?				