

Elternfragebogen zur U9

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 es eine Kita, wenn ja, wie viele Stunden pro Tag:	Nein
Nein	Werden von dort Sorgen/Probleme berichtet? Wenn ja, von welchen?	Ja
Nein	Tragen Sie eine Brille?	
Nein	Mutter?	Ja
Nein	Vater?	Ja
Nein	Gibt es in Ihrer Familie (insbesondere Eltern, Geschwister, Großeltern) Augenerkrankungen z. B. Schielen, Brillentragende? Wenn ja, welche Erkrankung?	Ja
<u>Ihr fünfjähriges Kind...</u>		
Ja	... rennt schnell und flüssig.	Nein
Ja	... fährt Fahrrad o ohne Stützräder o mit Stützrädern	Nein
Ja	... geht Treppen im Wechselschritt hinunter, ohne sich festzuhalten.	Nein
Ja	... fängt einen Ball aus 3-4 m Entfernung.	Nein
Ja	... kann einen Ball werfen.	Nein
Ja	... kann einen großen Ball mehrmals hintereinander prellen.	Nein
Ja	... braucht beim An- und Ausziehen meist keine Hilfe mehr.	Nein
Ja	... kann (leichtgängige) Reißverschlüsse, Knöpfe und Druckknöpfe an seiner Kleidung selbst öffnen und schließen.	Nein
Ja	... isst mit Messer und Gabel.	Nein
Ja	... baut erkennbare Häuser, Autos o. ä. (aus Bausteinen, Lego, Holz etc.).	Nein
Ja	... zeichnet eine erkennbare menschliche Figur	Nein
Ja	... mit Kopf, Rumpf, Armen und Beinen.	Nein
Ja	... mit zusätzlichen Einzelheiten z. B. Fingern, Ohren, Haaren.	Nein
Nein	... Kopffüßler, Kopf mit Beinen.	Ja
Ja / alle Viele	... kann alle Wörter aus dem Alltag richtig aussprechen. Welche noch nicht?	wenige Nein
Immer oft	... wird auch außerhalb des Familienkreises gut verstanden.	Wenig Nein
Ja	... kann sich im Alltag in einem verständlichen Satzbau ausdrücken...	Nein
Ja	... keine Fehler	Nein
Ja	... selten Fehler	Nein
Nein	... viele Fehler	Ja
Ja	... kann Erlebnisse berichten oder Vorgelesenes nacherzählen...	Nein
Ja	... in zeitlich richtiger Reihenfolge.	Nein
Ja	... mit erkennbaren Zusammenhängen.	Nein
Nein	... bruchstückhaft.	Ja
Ja	... benutzt Zeitbegriffe (Monate/Jahre, heute/morgen, morgens/abends).	Nein

Ja	... kann die Mehrzahl richtig bilden?	Nein
Ja	... kann Oberbegriffe bilden.	Nein
Ja	... versteht Signale, die Gefühle ausdrücken (Mimik, Gestik, Tadel).	Nein
Ja	... versteht und handelt angemessen (Trösten, Teilen, Mitfreuen).	Nein
Ja	... versteht sie, kann aber nicht immer angemessen reagieren.	Nein
Nein	... hat erhebliche Schwierigkeiten, Signale zu bemerken und angemessen zu reagieren.	Ja
	Wie wird Ihr Kind ernährt? O Vollkost O Vegetarisch O vegan O andere	
	Ihr fünfjähriges Kind wird von anderen Kindern in kleinen Spielgruppen (bis zu 6 Personen) ...	
Ja	... gut angenommen.	Nein
Ja	... oft, aber nicht immer angenommen.	Nein
Nein	... nur ab und zu kurzfristig, wenig an Freundschaften interessiert.	Ja
Ja	... spielt Rollenspiele mit anderen Kindern.	Nein
Ja	... kann sich an Spielregeln altersentsprechender Spiele halten.	Nein
Ja	... hält sich an Spielregeln, kann auch verlieren.	Nein
Ja	... gelegentliche Probleme mit Spielregeln/ Verlierer zu sein.	Nein
Nein	... nur kurz, bricht viele Spiele von sich aus ab.	Ja
Ja - fest zeitweilig	...hat eine beste Freundin/ einen besten Freund (wird eingeladen/ lädt ein).	wenig Nein
Ja meist	...trennt sich ohne Schwierigkeiten über einige Stunden von Ihnen, wenn es in dieser Zeit von einer bekannten Person betreut wird.	kurz Nein
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	... ein ein-/mehrmals täglich schmerz- und angstfrei normal geformten, weichen Stuhlgang.	Nein
Nein	...ist 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 sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten (rennt z. B. ohne zu gucken auf die Straße).	Ja
Nein	... ist ständig ungehorsam oder hat starke Wutausbrüche. Wenn ja, wo? (zutreffendes unterstreichen): zu Hause / Kita / Sonstiges:	Ja
Nein	... zerstört Gegenstände oder prügelt sich.	Ja
Nein	...hat Angst vor bestimmten Orten, Situationen, Tieren, Personen o. ä.	Ja
Ja	Bekommt Ihr Kind eine Fluoridkariesprophylaxe (fluoriertes Salz oder fluoriertes Zahnpaste)? Wenn ja, welche?	Nein
Ja	Nimmt es regelmäßig an den zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen teil? Wie oft?	Nein
Ja	Putzt es sich mindestens zweimal täglich die Zähne? Mit welcher Zahncreme?	Nein
Ja	Putzen Sie die Zähne nach?	Nein
Ja	Nimmt Ihr Kind an Aktivitäten außerhalb der Kita teil (Sportverein, Musikschule o. a.)? Wenn ja, was?	Nein
Ja	Trägt Ihr Kind einen Schutzhelm? (Fahrradanhänger, Fahrradsitz, Laufrad, Dreirad o. ä.)	Nein
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?				