

Elternfragebogen

für die Vorsorgeuntersuchung U7 (21.-24 Lebensmonat)

Liebe Eltern,

ein wichtiges Ziel der Vorsorgeuntersuchungen ist die frühzeitige Identifikation von Krankheiten und Entwicklungsstörungen. Neben der eigentlichen ärztlichen Diagnostik, besitzen hierbei insbesondere die elterlichen Beobachtungen einen hohen Stellenwert.

Wir bitten sie daher, den folgenden Elternfragebogen im Vorfeld der Vorsorgeuntersuchung zu beantworten und diesen neben dem gelben Vorsorgeheft und dem Impfausweis zum Vorsorgetermin mitzubringen.

Alle Angaben sind freiwillig, Fragen zu denen Sie keine Angaben machen möchten, lassen Sie einfach frei, mehrere Antworten sind möglich.

Name des Kindes: _____

Ernährung / Ausscheidung / Wachstum

		Ja	Nein
1.	Bekommt Ihr Kind eine normale Mischkost?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Isst Ihr Kind am Tisch mit der Familie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Isst Ihr Kind mit normalem Appetit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Wie oft hat Ihr Kind Stuhlgang?	ca.	
5.	Ist der Stuhlgang von normaler Konsistenz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Empfinden Sie Ihr Kind als zu dick oder zu dünn?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Empfinden Sie Ihr Kind als zu groß oder zu klein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sehvermögen

		Ja	Nein
1.	Erkennt Ihr Kind Personen schon von Weitem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Findet Ihr Kind kleine Flusen/Krümel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Reagiert Ihr Kind auf von rechts und links hingehaltene Gegenstände?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.	Beobachten Sie flüssige Blickfolgebewegungen in allen Distanzen und Richtungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Erkennt und benennt auch kleine Objekte in Bilderbüchern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Blickt Ihr Kind heruntergefallenen Gegenständen nach?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Greift Ihr Kind zielsicher nach Gegenständen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Beobachten Sie ein Schielen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Nimmt Ihr Kind eine bevorzugte Kopfhaltung bei intensiver Beobachtung von Objekten ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Beobachten Sie vereinzelt Augenzittern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hörvermögen

		Ja	Nein
1.	Versteht Ihr Kind Flüstersprache in ca. einem Meter Distanz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Hört Ihr Kind Insekten summen (Mücken, Fliegen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Lokalisiert Ihr Kind leise Geräusche allermeist richtig (Insekten, Brummen des Kühlschranks, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Reagiert Ihr Kind auf seinen Namen in normaler Ansprache?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sprache

		Ja	Nein
1.	Spricht Ihr Kind mehr als 10 Wörter (die auch von Fremden verstanden werden)? <small>GS ET 6-6R</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Bildet Ihr Kind Zweiwortsätze (z.B. Ball haben)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Bildet Ihr Kind Dreiwortsätze (z.B. Opa Ball holen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Versteht Ihr Kind einfache Aufforderungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Benennt Ihr Kind Bezugspersonen korrekt (z.B. Opa, Papa)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Kennt und zeigt Ihr Kind nach Aufforderung einige typische Körperteile (z.B. Nase, Mund, Bauch, Ohr)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Motorik

	Grobmotorik	Ja	Nein
1.	Kann Ihr Kind frei und sicher gehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Kann Ihr Kind rennen und dabei einen geringen Richtungswechsel vollziehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Kann Ihr Kind auf dem Boden liegende Gegenstände aus der Hocke aufheben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Kann Ihr Kind (mit Festhalten) im „Nachstellschritt“ Treppen steigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Kann Ihr Kind einen Ball schießen und werfen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Kann Ihr Kind einen kurzen „Zweibeinsprung“?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Beobachten Sie bei Ihrem Kind häufiges Stürzen und Stoßen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Beobachten Sie Zuckungen der Muskulatur / Extremitäten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Ja	Nein
	Feinmotorik		
1.	Nutzt Ihr Kind Besteck und Tasse bei Tisch?	0	0
2.	Beobachten Sie einen Wechsel von Objekten von einer in die andere Hand?	0	0
3.	Füllt und entleert Ihr Kind Behälter?	0	0
4.	Untersucht Ihr Kind Gegenständen ausdauernd und dreht dabei Objekte in den Händen?	0	0
5.	Beobachten Sie einen sog. „Pinzettengriff“ mit Spitze von Daumen und Zeigefinger?	0	0
6.	Öffnet und untersucht Ihr Kind gerne Schubladen?	0	0
7.	Kann Ihr Kind mit einem Stift kritzeln (z.B. im Faustgriff)?	0	0
8.	Zeigt Ihr Kind mit dem Zeigefinger auf Gegenstände?	0	0
9.	Kann Ihr Kind selbstständig in einem Bilderbuch blättern?	0	0
10.	Baut Ihr Kind Türme mit 3 Bausteinen?	0	0

Schlafverhalten

		Ja	Nein
1.	Befindet sich der Schlafplatz im Kinderzimmer?	0	0
2.	Bestehen Einschlafprobleme?	0	0
3.	Bestehen Durchschlafprobleme?	0	0
4.	Kommt es regelhaft zu nächtlicher Nahrungsaufnahme?	0	0
5.	Kommt es zu regelmäßigen nächtlichen Unruhephasen?	0	0
6.	Bitte schätzen Sie die durchschnittliche nächtliche Schlafdauer.	ca.	Std.

Sozial-emotionale Entwicklung

		Ja	Nein
1.	Sind Trotz-/ Eifersuchtsphasen bei Ihrem Kind erkennbar?	0	0
2.	Interessiert sich Ihr Kind für die Umgebung?	0	0
3.	Kann Ihr Kind kurze Zeit alleine sein?	0	0
4.	Sucht Ihr Kind Ihre Aufmerksamkeit?	0	0
5.	Kann sich Ihr Kind kurze Zeiträume allein beschäftigen?	0	0
6.	Erkennt sich Ihr Kind im Spiegel?	0	0
7.	Imitiert Ihr Kind Arbeiten im Haushalt?	0	0

Sonstige Problemfelder

Welche sonstigen Beobachtungen machen Ihnen bei Ihrem Kind sorgen?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Ihr Praxisteam Beck