

## Elternfragebogen

### für die Vorsorgeuntersuchung U6 (10.-12. 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.	Hat Ihr Kind in den letzten Monaten gut zugenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### Sehvermögen

		Ja	Nein
1.	Fixiert und beobachtet Ihr Kind Sie aus einigen Metern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Fixiert Ihr Kind stabil Objekte im nahen Blickfeld?	<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.	Lächelt Ihr Kind Sie auch aus einigen Metern an?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Blickt Ihr Kind heruntergefallenen Gegenständen nach?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Findet Ihr Kind kleine Flusen/Krümel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Greift Ihr Kind zielsicher nach Gegenständen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Beobachten Sie ein dauerhaftes Schielen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Nimmt Ihr Kind eine bevorzugte Kopfhaltung bei Beobachtung ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Beobachten Sie vereinzelt Augenzittern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Hörvermögen

		Ja	Nein
1.	Reagiert Ihr Kind auf laute Geräusche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Reagiert Ihr Kind auf Ihre Stimme und Unterhaltungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Reagiert Ihr Kind auf leise Geräusche? (z.B. Flüstersprache in ca. einem Meter Distanz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Reagiert Ihr Kind auf neue Geräusche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Beobachten Sie eine gerichtete Blick-/Kopfwendung in Richtung von Geräuschquellen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Sprache / Schreiverhalten

		Ja	Nein
1.	Übergibt Ihr Kind nach Aufforderung einen Gegenstand?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Beobachten Sie variantenreiches Vokalisieren (aa-ee-ii-oo-uu)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Beobachten Sie die Bildung von Doppelsilben (da-da, ma-ma, me-me)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Beobachten Sie eine Einwortkommunikation (z.B. Papa, Ball)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Versucht Ihr Kind mit Geräuschen Aufmerksamkeit auf sich lenken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Befolgt Ihr Kind ein klares „Nein“?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Beobachten Sie vereinzelt Kichern, Quietschen oder Lachen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Motorik

	Grobmotorik	Ja	Nein
1.	Beobachten Sie seitengleiche Bewegungen aller Extremitäten (Beine und Arme)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Beobachten Sie eine Art der Fortbewegung (Krabbeln/Kriechen/Robben/Rollen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Beobachten Sie eine Rotation um die eigene Achse in Bauchlage?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Beobachten Sie eine Drehung von Bauch auf Rücken und Rücken auf Bauch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5.	Setzt sich Ihr Kind alleine in den freien Sitz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Ergreift Ihr Kind seine Füße in Rückenlage?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Beobachten Sie eine Oberkörperaufrichtung mit Stütz auf die gestreckten Arme in Bauchlage?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Beobachten Sie ein freies Sitzen über mindestens 60 Sekunden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Zieht sich Ihr Kind an Gegenständen hoch in den Stand?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Beobachten Sie Zuckungen der Muskulatur / Extremitäten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Feinmotorik	Ja	Nein
1.	Beobachten Sie eine gezielte Bewegung der geöffneten Hände zu Gegenständen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Beobachten Sie einen Wechsel von Objekten von einer in die andere Hand?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Beobachten Sie, dass Ihr Kind Gegenstände aktiv fallen lässt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Dreht Ihr Kind Gegenstände in den Händen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Beobachten Sie einen sog. „Scherengriff“, mit Basis von Daumen und Zeigefinger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Beobachten Sie einen sog. „Pinzettengriff“ mit Spitze von Daumen und Zeigefinger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Lässt Ihr Kind nach Aufforderung Gegenstände wieder los?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Zeigt Ihr Kind mit dem Zeigefinger auf Gegenstände?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Übernimmt Ihr Kind hingehaltenen Gegenstände aus der Hand?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Schlägt Ihr Kind Gegenstände gegeneinander?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Schlafverhalten

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

### Sozial-emotionale Entwicklung

		Ja	Nein
1.	Fremdelt Ihr Kind vereinzelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Interessiert sich Ihr Kind für die Umgebung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Kann Ihr Kind kurze Zeit alleine sein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Sucht Ihr Kind Ihre Aufmerksamkeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Kann sich Ihr Kind kurze Zeiträume allein beschäftigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche sonstigen Beobachtungen machen Ihnen bei Ihrem Kind sorgen?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

*Ihr Praxisteam Beck*