

## Elternfragebogen

### für die Vorsorgeuntersuchung U8 (46.-48. 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 autonom 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.	Ernährt sich Ihr Kind insgesamt gesund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Trinkt Ihr Kind mehrfach am Tage gesüßte Getränke?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Isst Ihr Kind mehrfach am Tage Süßigkeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Wie oft hat Ihr Kind Stuhlgang?	ca.	x/
8.	Ist der Stuhlgang von normaler Konsistenz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Ist Ihr Kind tagsüber trocken und sauber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Ist Ihr Kind nachts trocken und sauber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Empfinden Sie Ihr Kind als zu dick oder zu dünn?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	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 Ihr Kind 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.	Unterscheidet und benennt Ihr Kind Farben korrekt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Beobachten Sie ein Schielen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Nimmt Ihr Kind eine bevorzugte Kopfhaltung bei intensiver Beobachtung von Objekten ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	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"/>
5.	Schnarcht Ihr Kind auch abseits von Atemwegsinfekten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Hat Ihr Kind häufig Mittelohrentzündungen (mehr als 2x/Jahr)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Sprache

		Ja	Nein
1.	Sind Sie mit der Sprachentwicklung zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Besitzt Ihr Kind einen aktiven Wortschatz > 200 Wörter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Bildet Ihr Kind längere Mehrwortsätze?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Versteht Ihr Kind komplexere Aufforderungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Stellt Ihr Kind Sinnfragen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Nutzt Ihr Kind den Plural (Mehrzahl)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Nutzt Ihr Kind die Vergangenheitsform?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Nutzt Ihr Kind Personalpronomen (Ich, Du, Er, Sie, Es, Wir, Ihr, Sie)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Singt Ihr Kind ganze Strophen von Kinderliedern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Spricht Ihr Kind auch für Fremde verständlich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.	Kann Ihr Kind eine kurze Geschichte verständlich und inhaltlich korrekt erzählen?	0	0
-----	---	---	---

### Motorik

Grobmotorik		Ja	Nein
1.	Besitzt Ihr Kind eine gute Körperkontrolle?	0	0
2.	Kann sich Ihr Kind alleine An- und Ausziehen?	0	0
3.	Rennt Ihr Kind mit normalem Armschwung?	0	0
4.	Kann Ihr Kind freihändig im „Wechselschritt“ Treppen steigen?	0	0
5.	Kann Ihr Kind einen Ball schießen und werfen?	0	0
6.	Kann Ihr Kind einen „Zweibeinsprung“ mit erkennbarer Flugphase über ca. 20 cm?	0	0
7.	Kann Ihr Kind Zweirad fahren (Laufrad, Fahrrad)?	0	0
8.	Beobachten Sie bei Ihrem Kind häufiges Stürzen oder Stoßen?	0	0
9.	Beobachten Sie Zuckungen der Muskulatur / Extremitäten?	0	0
Feinmotorik			
1.	Hat Ihr Kind eine gute Handgeschicklichkeit?	0	0
2.	Schneidet Ihr Kind mit einer Schere selbstständig?	0	0
3.	Nutzt Ihr Kind sicher Besteck und Glas bei Tisch?	0	0
4.	Öffnet und schließt Ihr Kind Schraubverschlüsse?	0	0
5.	Beobachten Sie einen sog. „Pinzettengriff“ mit Spitze von Daumen und Zeigefinger?	0	0
6.	Malt Ihr Kind mit dem Stift im Fingergriff?	0	0
7.	Baut Ihr Kind Türme mit > 6 Bausteinen?	0	0
8.	Blättert Ihr Kind selbstständig im Bilderbuch?	0	0
9.	Öffnet / schließt Ihr Kind Knöpfe selbstständig?	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.	Existieren Trotzphasen mit starkem Widerstand bei Ihrem Kind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Diskutiert und verhandelt Ihr Kind bei Uneinigkeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Spricht Ihr Kind über seine Gefühle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Sucht Ihr Kind Kontakt zu anderen Kindern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Kann Ihr Kind konzentriert alleine im Zimmer spielen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Sucht Ihr Kind Ihre Aufmerksamkeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Kennt Ihr Kind sein Geschlecht (Junge/Mann, Mädchen/Frau)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Imitiert Ihr Kind Arbeiten im Haushalt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Spielt und interagiert Ihr Kind mit anderen Kindern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Möchte Ihr Kind Aufgaben alleine schaffen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Verkleidet sich Ihr Kind gerne? (z.B. Polizist, Ritter, Pirat)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Stellt Ihr Kind Fragen zu Beziehungsverhältnissen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Erkennt Ihr Kind Trauer, Freude, Wut beim Gegenüber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Kann Ihr Kind Dinge teilen (Essen, Spielzeug)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Kann sich Ihr Kind von Bezugspersonen trennen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Kann Ihr Kind leichte Spielregeln befolgen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Sonstige Problemfelder

Welche sonstigen Beobachtungen machen Ihnen bei Ihrem Kind sorgen?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

*Ihr Praxisteam Beck*