

Elternfragebogen

für die Vorsorgeuntersuchung U11 (9 - 10 Jahre)

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 mit normalem Appetit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Ernährt sich Ihr Kind insgesamt gesund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Welche Getränke bevorzugt Ihr Kind?		
5.	Wie oft isst Ihr Kind Süßigkeiten?		
6.	Wie oft hat Ihr Kind Stuhlgang?		
7.	Ist der Stuhlgang von normaler Konsistenz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Klagt Ihr Kind häufiger über Bauchschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Ist Ihr Kind tagsüber und nachts trocken und sauber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Empfinden Sie Ihr Kind als zu dick oder zu dünn?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Empfinden Sie Ihr Kind als zu groß oder zu klein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sehvermögen

		Ja	Nein
1.	Existieren frühkindliche Sehfehler in der Familie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Glauben Sie Ihr Kind hat ein gutes Sehvermögen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Erkennt Ihr Kind auch kleine/entfernte Objekte immer gut?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Nimmt Ihr Kind bei intensiver Beobachtung kleiner Objekte eine bevorzugte Kopfhaltung ein oder rückt mit dem Kopf sehr nah an das Objekt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Beobachten Sie bei Ihrem Kind vereinzelt ein Schielen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Klagt Ihr Kind häufiger über Kopfschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Unterscheidet und benennt Ihr Kind alle Farben korrekt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Liest Ihr Kind altersentsprechende Bücher gerne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hörvermögen

		Ja	Nein
1.	Existieren kindliche Hörschwächen in der Familie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Glauben Sie Ihr Kind hat ein gutes Hörvermögen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Versteht Ihr Kind Flüstersprache in ca. einem Meter Distanz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Hört Ihr Kind Insekten summen (Mücken, Fliegen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Lokalisiert Ihr Kind leise Geräusche allermeist richtig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Stellt Ihr Kind den Fernseher bzw. das Radio immer sehr laut ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Schnarcht Ihr Kind auch abseits von Atemwegsinfekten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	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 sehr großen aktiven Wortschatz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Bildet Ihr Kind komplexe Sätze mit Haupt- und Nebensätzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Spricht Ihr Kind allzeit grammatikalisch korrekt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Ist die Aussprache aller Laute korrekt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Beobachten Sie bei Ihrem Kind vereinzelt ein Stottern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Motorik

	Grobmotorik	Ja	Nein
1.	Bewegt sich Ihr Kind insgesamt gerne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Besitzt Ihr Kind eine gute Körperkontrolle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Treibt Ihr Kind Sport in einem Verein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Kann Ihr Kind gut schwimmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Kann Ihr Kind gut Fahrrad fahren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.	Hat Ihr Kind eine gute Kondition?	O	O
7.	Beobachten Sie bei Ihrem Kind häufiges Stürzen oder Stoßen?	O	O
8.	Wie viele Stunden am Tag ist Ihr Kind körperlich aktiv?		
9.	Wie viele Stunden am Tag werden Medien genutzt (Fernsehen, PC, Handy, Konsole, Tablet, etc)?		
	Feinmotorik		
1.	Hat Ihr Kind eine gute Geschicklichkeit?	O	O
2.	Hat Ihr Kind eine leserliche Handschrift?	O	O

Schlafverhalten

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

Sozial-emotionale Entwicklung

Bitte unterstreichen Sie in der folgenden Aufzählung die - aus Ihrer Sicht - überwiegend zutreffenden Charakter-Merkmale Ihres Kindes über die letzten Monate betrachtet (Auswahl einer beliebigen Anzahl an Merkmalen möglich):

Offen, verschlossen, aktiv, zurückgezogen, achtlos, achtsam, fröhlich, traurig, ängstlich, mutig, selbstzweifelnd, selbstsicher, laut, leise, introvertiert, extrovertiert, euphorisch, niedergeschlagen, diszipliniert, undiszipliniert, fleißig, faul, abweisend, zugänglich, ehrgeizig, gleichgültig, aggressiv, ausgeglichen, chaotisch, strukturiert, egoistisch, uneigennützig, sensibel, unsensibel, launisch, ausgeglichen, kritisch, unkritisch, maßvoll, maßlos, ordentlich, unordentlich, optimistisch, pessimistisch, normal, außergewöhnlich, provokativ, versöhnlich, schüchtern, selbstbewusst, unabhängig, abhängig, vertrauenswürdig, unzuverlässig, glücklich, unglücklich, reinlich, unreinlich, wütend, freundlich.

		Ja	Nein
1.	Erkennen Sie Probleme im sozial-emotionalen Bereich Ihres Kindes?	O	O
2.	Hat Ihr Kind gute Freunde mit regelmäßigem Kontakt?	O	O
3.	Spricht Ihr Kind über seine/ihre Gefühle mit Ihnen?	O	O
4.	Erkennt Ihr Kind Trauer, Freude und Wut beim Gegenüber?	O	O
5.	Kann Ihr Kind gut Regeln befolgen?	O	O
6.	Kann Ihr Kind mit Niederlagen umgehen?	O	O
7.	Erkennen Sie Ängste bei Ihrem Kind?	O	O

Schule

1.	Welche Schule besucht Ihr Kind?		
2.	Welche Klasse besucht Ihr Kind?		
		Ja	Nein
3.	Geht Ihr Kind gerne zur Schule?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Sind Sie mit den Schulleistungen Ihres Kindes zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Ist Ihr Kind mit seinen Schulleistungen zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Existieren Probleme mit dem Verständnis des Lehrinhaltes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Existieren Probleme mit den Mitschülern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Existieren Probleme mit den Lehrkräften?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Liest Ihr Kind dem Alter entsprechend gut?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Schreibt Ihr Kind dem Alter entsprechend gut?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Erkennen Sie Ängste bzgl. der Schule bei Ihrem Kind?	<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