

---

## Elternfragebogen für die Vorsorgeuntersuchung U5 (6.-7. Lebensmonat)

Liebe Eltern und Familien,  
viele Verhaltensweisen eines Kindes lassen sich in einer kurzen Untersuchungssituation nicht beobachten. Dabei sind es aber oft gerade diese Verhaltensweisen, die Aufschluss über die Entwicklung des Kindes geben können. Neben der eigentlichen ärztlichen Untersuchung, besitzen daher die elterlichen Beobachtungen für die Gesamtbeurteilung der Entwicklung 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. Nicht alle Fragen müssen bzw. sollen bei einem normal entwickelten und gesunden Kind mit „Ja“ beantwortet werden, versuchen Sie den Fragebogen daher ehrlich und vollständig zu beantworten.

Die Fragebögen aller Vorsorgen stehen Ihnen auch zum vorigen Ausdruck auf unserer Homepage zur Verfügung („Links & Downloads“). Alle Angaben sind natürlich freiwillig, Fragen zu denen Sie keine Angaben machen möchten, lassen Sie einfach frei.

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

### Ernährung / Ausscheidung / Wachstum

Welche Ernährung bekommt Ihr Kind?

morgens	vormittags	mittags
nachmittags	abends	nachts

Erhält Ihr Kind eine tägliche Vitamin D Prophylaxe?

ja     nein     unklar

Präparat \_\_\_\_\_

Erhält Ihr Kind eine tägliche Fluoridprophylaxe / Fluoridzufuhr?

ja                     Fluoridquelle in Kombination mit Vitamin D                     Zahnpasta  
 Präparat / Produkt \_\_\_\_\_

nein  
 unklar

Wie oft hat Ihr Kind Stuhlgang? (T=Tag )

- > 5 x/T    3-5 x/T    1-2 x/T    1x alle 1-2T    1x alle 2-3T    <1x alle 3T  
 Sonstiges\_\_\_\_\_

Welche optische Qualität hat der Stuhlgang? (Mehrfachauswahl sinnvoll)

- wässrig    breiig    schleimig    pastös    körnig    fest    kugelig  
 gelblich    grünlich    rötlich    hell-gräulich    sonstiges\_\_\_\_\_

Wie gestaltet sich der Gewichtsverlauf in den letzten Wochen?

- unklar    nimmt ab    hält Gewicht    nimmt zu  
 sonstiges\_\_\_\_\_

### Sehvermögen

		Ja	Nein
1.	Fixiert und beobachtet Ihr Kind Sie aus einigen Metern? <small>[GS Michaelis]</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Fixiert und beobachtet Ihr Kind Objekte im nahen Blickfeld (Objekte in der eigenen Hand)?	<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 bei bewegten Objekten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Beobachten Sie ein dauerhaftes Schielen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Beobachten Sie Augenzittern oder Abweichungen der Blickachse eines Auges?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Hörvermögen

		Ja	Nein
1.	Reagiert Ihr Kind mit Schreckreaktion auf plötzliche, laute Geräusche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Reagiert Ihr Kind auf Ihre Stimme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Reagiert Ihr Kind auf neue Geräusche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Beobachten Sie eine gerichtete Blick-/Kopfwendung in Richtung von leiseren Geräuschquellen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Sprache / Schreiverhalten / Kommunikation

		Ja	Nein
1.	Beobachten Sie variantenreiches Spontanlautieren (Lallen, Gurren, Prusten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Beobachten Sie spontanes Vokalisieren (aa-ee-ii-oo-uu)? <small>[GS Michaelis]</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Beobachten Sie freudige Armbewegungen sowie freudige Mimik bei Ansprache? <small>[GS Michaelis]</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Beobachten Sie unklare Schreiphasen (> 15 Minuten)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Motorik

	Grobmotorik	Ja	Nein
1.	Beobachten Sie eine symmetrische Nutzung aller Extremitäten (Beine und Arme)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Beobachten Sie eine stabile Kopfkontrolle (kein zurückfallen) beim Anheben / gehaltenem Sitz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Beobachten Sie eine Rotation um die eigene Achse in Bauchlage (wie ein Kompass)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Beobachten Sie ein längeres Anheben der Beine und des Kopfes in Rückenlage?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Beobachten Sie eine Drehung von Bauch auf Rücken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Beobachten Sie eine Drehung von Rücken auf Bauch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Beobachten Sie eine eigene Oberkörperaufrichtung mit Stütz auf die Unterarme oder (halb-)gestreckten Armen in Bauchlage?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Greift Ihr Kind nach seinen Beinen/Füßen und bringt diese zum Mund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Beobachten Sie längere Phasen von unwillkürlichen Zuckungen der Muskulatur oder ganzer Extremitäten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Feinmotorik	Ja	Nein
1.	Beobachten Sie eine gezielte Bewegung der geöffneten Hände zu interessanten Objekten? [GS ET 6-6]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Beobachten Sie ein Wechsel von Gegenständen von einer in die andere Hand? [GS Michaelis]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Beobachten Sie, dass Ihr Kind Gegenstände aktiv fallen lässt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Werden Objekte mit beiden Händen in den Mund gesteckt und mit dem Mund erkundet (orale Explor.)? [GS Michaelis + ET 6-6]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Schlafverhalten

		Ja	Nein
1.	Sind Sie zufrieden mit dem Einschlaf-/Schlafverhalten Ihres Kindes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Schläft Ihr Kind in einem Babyschlafsack ohne Kissen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Befindet sich der Schlafplatz Ihres Kindes getrennt von Ihrem Bett in Ihrem Schlafzimmer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Schläft Ihr Kind in Ihrer Abwesenheit in Rückenlage?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Beobachten Sie Schwierigkeiten in der Einschlafphase Ihres Kindes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Beobachten Sie regelmäßige und länger andauernde nächtliche Unruhephasen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche sonstigen Beobachtungen machen Ihnen bei Ihrem Kind Sorgen?

- keine
- folgende Beobachtungen:

In welchen Bereichen der Versorgung Ihres Kindes fühlen Sie sich aktuell sehr stark gefordert oder sogar überfordert?

Fragebogen ausgefüllt am: \_\_\_\_\_, von \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

*Ihr Praxisteam Beck*