

## Elternfragebogen für die Vorsorgeuntersuchung U8 (46.-48. 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 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

		Ja	Nein
1.	Sind Sie mit dem Essverhalten / Trinkverhalten Ihres Kindes zufrieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Versorgt sich Ihr Kind über eine normale Mischkost?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Ernährt sich Ihr Kind insgesamt gesund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Isst Ihr Kind mit der Familie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Isst Ihr Kind mit normalem Appetit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Hat Ihr Kind regelmäßig und ohne Beschwerden Stuhlgang?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Ist der Stuhlgang von normaler Konsistenz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Ist Ihr Kind tagsüber trocken und sauber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Erhält Ihr Kind eine tägliche Fluoridzufuhr über die Zahnpasta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Empfinden Sie Ihr Kind als zu groß oder zu klein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Ja	Nein
11.	Empfinden Sie Ihr Kind als zu dick oder zu dünn?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Isst Ihr Kind mehrfach am Tage Süßigkeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Trinkt Ihr Kind mehrfach am Tage gesüßte Getränke?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Hat Ihr Kind mehr als 1 x / Woche für mindestens 1 Stunde Bauchschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Sehvermögen

		Ja	Nein
1.	Erkennt Ihr Kind Personen schon von weitem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Erkennt und benennt auch kleine Objekte in Bilderbüchern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Greift Ihr Kind zielsicher nach Gegenständen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Findet und Untersucht Ihr Kind kleine Gegenstände z.B. Flusen oder Krümel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Unterscheidet und benennt Ihr Kind die Grundfarben korrekt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Beobachten Sie ein vereinzelt oder dauerhaftes Schielen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Hörvermögen

		Ja	Nein
1.	Reagiert Ihr Kind auf seinen Namen in Flüstersprache, ohne vorigen Blickkontakt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Reagiert Ihr Kind auf andere leise Geräusche (z.B. Bellen eines Hundes, entfernte Sirene)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Beobachten Sie eine gerichtete Blick-/Kopfwendung in Richtung von Geräuschquellen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Schnarcht Ihr Kind laut auch abseits von Atemwegsinfekten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Hat Ihr Kind häufig Mittelohrentzündungen (mehr als 2x/Jahr)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Hat Ihr Kind in Erkältungsphasen ein im Alltag reduziertes Hörvermögen?	<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 großen aktiven Wortschatz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Versteht Ihr Kind komplexere Aufforderungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Singt Ihr Kind Strophen von Kinderliedern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Spricht Ihr Kind auch für Fremde gut verständlich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Verwendet Ihr Kind „Ich“ zur Selbstbezeichnung? <small>[GS Michaelis]</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Motorik

	Grobmotorik	Ja	Nein
1.	Sind Sie mit der motorischen Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Kann Ihr Kind schnell rennen und dabei Hindernissen ausweichen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Kann Ihr Kind einen Ball schießen und werfen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Kann Ihr Kind einen „Zweibeinsprung“ mit erkennbarer Flugphase über ca. 20 cm?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Feinmotorik	Ja	Ja
5.	Hat Ihr Kind eine gute Handgeschicklichkeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Nutzt Ihr Kind selbstständig Messer, Gabel und Glas bei Tisch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Öffnet und schließt Ihr Kind selbstständig Schraubverschlüsse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Beobachten Sie einen sog. „Pinzettengriff“ mit Spitze von Daumen und Zeigefinger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Malt Ihr Kind mit dem Stift im Fingergriff?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Baut Ihr Kind Türme mit > 6 Bausteinen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Schlafverhalten

		Ja	Nein
1.	Sind Sie mit dem Einschlaf-/Schlafverhalten Ihres Kindes zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Bestehen Ein- oder Durchschlafprobleme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Kommt es regelhaft zu nächtlicher Nahrungsaufnahme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Kommt es zu regelmäßigen nächtlichen Unruhephasen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Sozial-emotionale Entwicklung

		Ja	Nein
1.	Sind Sie mit dem Spielverhalten / Sozialverhalten Ihres Kindes insgesamt zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Ist Ihr Kind ein Einzelgänger und spielt lieber alleine?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Ärgert und schikaniert Ihr Kind manchmal andere Kinder?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Ist Ihr Kind nervös, anklammernd und verliert in neuen Situationen sehr schnell das Selbstvertrauen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Äußert Ihr Kind häufiger Ängste und kann sich von diesen dann Gedanklich nicht gut distanzieren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Ist Ihr Kind häufig bedrückt und traurig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Ja	Nein
7.	Hat Ihr Kind häufiger als 2 x / Tag einen Trotzanfall mit Kontrollverlust > 15 Minuten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Soziale Interaktion (nach F. Petermann & T. Macha)

		Ja	Nein
1.	Spielt Ihr Kind mit anderen Kindern Rollenspiele (Vater-Mutter-Kind, Cowboy, Polizist, Prinzessin, etc.), die Rollen werden dabei vorher von den Kindern festgelegt und regeln dazu formuliert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Hat Ihr Kind zeitweilig (über mehrere Wochen) einen „besten Freund“ oder eine „beste Freundin“?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Kann Ihr Kind Süßigkeiten zwischen sich und anderen Kindern aufteilen? <small>[GS Michaelis]</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Stellt sich Ihr Kind von sich aus in einer Reihe an (z.B. Warteschlange vor einer Rutsche oder an einer Kasse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Kann sich Ihr Kind beim Spielen mit anderen Kindern gut mit den anderen Kindern abwechseln (ohne Eingriff von Erwachsenen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Beachtet Ihr Kind Ampeln, ohne auf diese hingewiesen zu werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Kann sich Ihr Kind ohne Schwierigkeiten über einige Stunden von Ihnen trennen, wenn es in dieser Zeit von einer gut bekannten Person betreut wird?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Übernimmt Ihr Kind spielerisch eine Rolle, z.B. „Ich bin ein Baby und Du musst mich füttern“ oder „Ich bin ein Polizist und fange Dich“?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Kann Ihr Kind seine Emotionslage bei alltäglichen Ereignissen meist ausreichend selbst regulieren. Zeigt es daher eine gewisse Toleranz gegenüber Enttäuschungen, Ängsten, Verlegenheit, Freude und Stress (Gelegentliche Wutanfälle ausgenommen)? <small>[GS Michaelis]</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Sucht Ihr Kind gelegentlich immer noch einen engen körperlichen Kontakt zu Ihnen bei unverständlichen, beängstigenden Ereignissen sowie bei Müdigkeit, Erschöpfung und Krankheit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Lädt Ihr Kind andere Kinder zu sich ein/lässt sich gerne einladen (wählt also bestimmte Kinder aus, mit denen es Kontakt haben möchte)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Beginnt und beteiligt sich Ihr Kind an Regelspielen, z.B. Brettspiele, Kartenspiele, Sportspiele? <small>[GS Michaelis]</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Kann sich Ihr Kind ohne Schwierigkeiten über Nacht von Ihnen trennen, wenn es in dieser Zeit von einer gut bekannten Person betreut wird?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Spielt Ihr Kind Alltagssituationen oder Geschichten mit Puppen und Spielfiguren nach?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Ja	Nein
15.	Formuliert Ihr Kind Regeln, die auch für andere gelten sollen, z.B. bestimmt es, dass man nicht mehr auf die Linien der Gehplatten treten darf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Schildert Ihr Kind Ereignisse, die für es selbst beschämend, unerfreulich und frustrierend waren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Lebenspraktische Fertigkeiten (nach F. Petermann & T. Macha)

		Ja	Nein
1.	Geht Ihr Kind vorwärts eine Treppe rauf und runter, wechselfüßig (d.h. einen Fuß pro Stufe) und ohne sich festhalten zu müssen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Bewegt sich Ihr Kind mit einem Dreirad, Bobbycar, Laufrad, o.ä., zielgerichtet über eine längere Entfernung (es tritt und lenkt dabei gleichzeitig und kann um Hindernisse fahren)? [GS Michaelis]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Stellt Ihr Kind häufiger Fragen mit „Warum?“, „Wieso?“, „Woher?“, „Wie denn?“ und hört dann aufmerksam zu? [GS Michaelis]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Kann Ihr Kind mit einer (Kinder-) Schere auf einer geraden Linie schneiden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Baut Ihr Kind erkennbare Häuser, Autos, Flugzeuge, o.ä., aus Legosteinen, Bauklötzen oder ähnlichem Material, mit und ohne Vorlagen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Erzählt Ihr Kind Geschichten und Begebenheiten, durch das verbinden der Sätze mit „und“ oder „und dann“ oder „dann“?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Erzählt Ihr Kind kleine Erlebnisse in weitgehend richtiger zeitlicher und logischer Reihenfolge? [GS Michaelis]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Kann sich Ihr Kind selbstständig ein Brot schmieren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Gebraucht Ihr Kind Sechs- bis Acht-Wort-Sätze, wobei die wichtigsten grammatikalischen Strukturen weitgehend beherrscht werden und nur noch selten Fehler im Satzbau vorkommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Gießt Ihr Kind Flüssigkeiten aus einer Flasche in ein Glas ohne etwas zu verschütten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Kann sich Ihr Kind selbstständig die Nase putzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Verfügt Ihr Kind tagsüber über eine weitgehende Darm- und Blasenkontrolle. Ist es tagsüber sauber und trocken zwischen den selbstgewählten Toilettengängen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Kann Ihr Kind in Gegenwart eines Erwachsenen Einkäufe tätigen (es bestellt und bezahlt im Geschäft)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Kann sich Ihr Kind einen Pullover selber anziehen, wenn er richtig angegeben wird (der Pullover wird gerafft gereicht, die Kopfföffnung ist für das Kind sichtbar, die Ärmel befinden sich an der Seite)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Ja	Nein
15.	Kann Ihr Kind Knöpfe an seiner Kleidung selber öffnen (es bewältigt Druckknöpfe und normale Knöpfe, die ohne großen Aufwand an Fingerkraft geöffnet werden können)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Findet Ihr Kind zuhause auch in dunklen Räumen den Lichtschalter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Holt sich Ihr Kind, ggf. nach Ihrer Erlaubnis, selber etwas zu essen oder zu trinken aus dem (Kühl-)Schrank?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Kann Ihr Kind selbstständig Schlösser auf- und abschließen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Kennt Ihr Kind seine Wohnadresse (Straßennamen und Hausnummer)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Sonstige Problemfelder

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

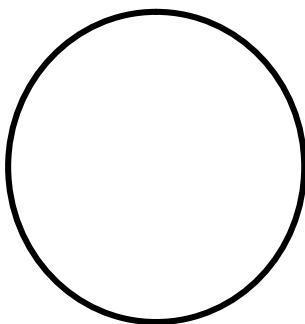
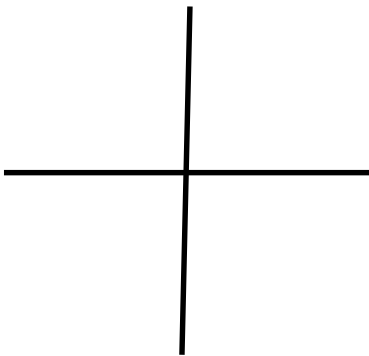
*Ihr Praxisteam Beck*

---

Liebe Eltern,  
im Folgenden bitten Sie Ihr Kind etwas zu malen. Helfen Sie Ihrem Kind bei der Umsetzung bitte nicht (indem Sie z.B. etwas vorzeichnen), denn uns interessiert, ob und wie Ihr Kind mit der Aufforderung umgeht.

### 1. **Symbole nachmalen**

Bitten Sie zunächst Ihr Kind die Symbole der linken Blattseite, auf der rechten Blattseite nachzuzeichnen:



## **2. Bild eines Menschen**

Bitten Sie nun Ihr Kind auf diesem Blatt einen Menschen zu malen. Dieser darf eine dem Kind bekannte Person darstellen (z.B. Papa, Mama, Omi, oder das Kind selber) oder aber eben nur ein Mensch sein.

Sollte das Kind Sie fragen, wie das geht, erwähnen Sie dabei ruhig einige Körperteile, die Sie selber malen würden, z.B. Kopf, Bauch, Arme, Beine, Hände, Haare, Gesicht ..., die Umsetzung überlassen Sie aber bitte Ihrem Kind. Wenn das Kind angibt fertig zu sein, sollten Sie zudem keine Ergänzungsvorschläge machen.