

## Elternfragebogen für die Vorsorgeuntersuchung U10 (7 – 8 Jahre)

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 (Urin) und sauber (Stuhlgang)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Ist Ihr Kind nachts an 90% der Nächte trocken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Ja	Nein
10.	Hat Ihr Kind ständig Angst, zu dick zu werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Hat Ihr Kind mehr als 1 x / Woche für mindestens 1 Stunde Bauchschmerzen?	<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.	Empfinden Sie Ihr Kind als zu dick oder zu dünn?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Empfinden Sie Ihr Kind als zu groß oder zu klein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Sehvermögen

		Ja	Nein
1.	Glauben Sie Ihr Kind hat ein gutes Sehvermögen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Unterscheidet und benennt Ihr Kind alle Farben korrekt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Klagt Ihr Kind häufiger über Kopfschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Beklagt sich Ihr Kind in bestimmten Situationen über ein mangelhaftes Sehvermögen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Wurden bei engen Familienmitgliedern (Mutter, Vater, Geschwister) frühkindliche Sehfehler diagnostiziert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Hörvermögen

		Ja	Nein
1.	Glauben Sie Ihr Kind hat ein gutes Hörvermögen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Stellt Ihr Kind den Fernseher bzw. das Radio immer sehr laut ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Schnarcht Ihr Kind auch abseits von Atemwegsinfekten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Hat Ihr Kind häufig Mittelohrentzündungen (mehr als 2x/Jahr)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Hat Ihr Kind in Erkältungsphasen ein im Alltag erkennbar reduziertes Hörvermögen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Sprache

		Ja	Nein
1.	Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes 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 sicher 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 normale Kondition?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Wie viele Stunden am Tag ist Ihr Kind durchschnittlich körperlich aktiv?		
8.	Wie viele Stunden am Tag werden durchschnittlich Medien genutzt (Fernsehen, PC, Handy, Konsole, Tablet, etc)?		
Feinmotorik			
9.	Hat Ihr Kind eine normale Geschicklichkeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Hat Ihr Kind eine altersentsprechende Handschrift?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Kann Ihr Kind sich die Schleife binden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Schlafverhalten

		Ja	Nein
1.	Sind Sie mit dem Schlafverhalten Ihres Kindes zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Befindet sich der Schlafplatz im eigenen Kinderzimmer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Bestehen Ein- oder Durchschlafprobleme (d.h. liegt abends oder nachts mehr als eine Stunde wach)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Klagt Ihr Kind über ängstigende Gedanken beim Einschlafen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Sozial-emotionale Entwicklung

		Ja	Nein
1.	Hat Ihr Kind gute Freunde mit regelmäßigem Kontakt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Spricht Ihr Kind über seine Gefühle mit Ihnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Erkennt Ihr Kind Trauer, Freude und Wut bei anderen Personen sicher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Kann Ihr Kind mit Niederlagen ausreichend gut umgehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Befolgt Ihr Kind größtenteils die mit Ihnen vereinbarten Regeln im Alltag?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Erkennen Sie Probleme im emotionalen Bereich Ihres Kindes (Ängstlichkeit, Unsicherheit, unkontrollierbare Wut)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Ja	Nein
7.	Hat Ihr Kind täglich einen Wutanfall mit Kontrollverlust?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Will Ihr Kind bei jeder "Kleinigkeit" den Arzt aufsuchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Ist Ihr Kind die meiste Zeit aufsässig und ungehorsam?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Wurde Ihr Kind wegen seines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, einem (Schul-)Ausflug ausgeschlossen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Wird Ihr Kind von anderen Kindern häufig geärgert, gehänselt, verprügelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Ist Ihr Kind aus Ihrer Sicht überängstlich, macht sich viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.B. Klassenarbeiten), wird dann manchmal vor lauter Aufregung "krank"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Hat Ihr Kind panische Angst vor Situationen oder Dingen (z.B. Spinnen, Gewitter, Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen, fremden Menschen, zu Hause alleine zu sein)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Wäscht sich Ihr Kind oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Kontrolliert Ihr Kind bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach (z.B. dass Türen oder Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Weigert sich Ihr Kind oft mit fremden Erwachsenen zu sprechen, auch wenn es etwas gefragt wird?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Ist Ihr Kind mindestens einmal pro Woche für mindestens drei Stunden traurig oder niedergeschlagen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Ist Ihr Kind nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn es traurig ist?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Hat Ihr Kind schon einmal gesagt, dass es lieber tot wäre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Hat Ihr Kind schon einmal heimlich geraucht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.	Hat Ihr Kind schon einmal heimlich Alkohol getrunken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.	Machen Sie sich Sorgen, weil Ihr Kind so oft lügt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.	Hat Ihr Kind zuhause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolleres (Wert größer 30 €) gestohlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.	Hat Ihr Kind schon einmal mit Absicht Dinge, die ihm nicht gehören, zerstört oder beschädigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.	Ist Ihr Kind schon einmal von zu Hause weggelaufen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Schule

1.	Welche Schule besucht Ihr Kind?
2.	Welche Klasse besucht Ihr Kind?

		Ja	Nein
3.	Geht Ihr Kind dem Alter entsprechend gerne zur Schule?	0	0
4.	Sind Sie mit den Schulleistungen Ihres Kindes insg. zufrieden?	0	0
5.	Ist Ihr Kind mit seinen eigenen Schulleistungen zufrieden?	0	0
6.	Liest Ihr Kind dem Alter entsprechend gut?	0	0
7.	Schreibt Ihr Kind dem Alter entsprechend gut?	0	0
8.	Existieren Probleme mit den Lehrkräften?	0	0
9.	Existieren Probleme mit dem Verständnis des Lehrinhaltes?	0	0
10.	Existieren Probleme mit den Mitschülern?	0	0
11.	Erkennen Sie Ängste bzgl. der Schule bei Ihrem Kind?	0	0
12.	Schwänzt Ihr Kind manchmal die Schule?	0	0
13.	Ist Ihr Kind in der Schule sehr leicht ablenkbar, unkonzentriert und ggf. motorisch unruhig, was auch schon zu Gesprächen mit dem Lehrkräften führte?	0	0

#### 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*