



Datum:

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Liebe Eltern,

zur Vorbereitung auf die geplante Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen. Er dient zur besseren Beurteilung der Entwicklung Ihres Kindes. Während des Vorsorgetermins haben Sie Gelegenheit weitere, darüber hinausgehende Themen zu besprechen.

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zur Untersuchung Ihres Kindes mit oder senden Sie diesen an post@kinderarztpraxis-angelsteg.de.

Vorgeschichte/Verlauf

Sind seit der letzten Vorstellung bei Ihrem Kind schwerwiegende Erkrankungen, Krampfanfälle, Operationen oder sonstige Auffälligkeiten aufgetreten? nein ja

Wenn ja, welche?

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? ja nein

Wenn nein, was macht Ihnen Sorgen?

Grobmotorik

Kann Ihr Kind von der untersten Treppenstufe beidbeinig hüpfen und dabei das Gleichgewicht sicher kontrollieren? ja nein

Rennt Ihr Kind mit deutlichem Armschwung und kann dabei Hindernissen ausweichen oder plötzlich anhalten? ja nein

Hüpft Ihr Kind über einen 10 cm breiten Streifen ohne ihn zu berühren? ja nein

Feinmotorik

Blättert Ihr Kind Buch- und Journal-Seiten einzeln um? ja nein

Benutzt es einen präzisen Dreifinger-Spitzgriffes (Daumen, Zeige-, Mittelfinger) zur Manipulation kleiner Gegenständen? ja nein

Baut Ihr Kind einen Turm aus 8 Würfeln? ja nein



Sprache/Hörvermögen

- Verwendet Ihr Kind Drei- bis Vierwort-Sätze? ja nein
- Verwendet es seinen eigenen Vor- oder Rufnamen? ja nein
- Lässt sich Ihr Kind gern Bücher vorlesen und hört zu? ja nein
- Hört es gern Kinderreime und wünscht Wiederholung? ja nein
- Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind Sie gelegentlich nicht versteht? ja nein
- Hört Ihr Kind lauter als andere Familienmitglieder Musik oder macht es den Fernseher auffallend laut? ja nein

Kognitive Kompetenz

- Malt und kritzelt Ihr Kind (wenn auch oft noch wenig gestaltend) und kommentiert es, wen oder was es gemalt hat? ja nein
- Beobachten Sie bei Ihrem Kind konzentrierte intensive „Als ob Spiele“ mit Puppen, Autos, Bausteinen und anderen Spielmaterialien über längere Zeit? ja nein

Soziale Kompetenz

- Spielt Ihr Kind gemeinsam mit anderen Kindern über mindestens 5 Minuten mit Sprechen und Austausch von Gegenständen? ja nein
- Beteiligt sich Ihr Kind gerne an häuslichen Tätigkeiten, will mithelfen und ahmt Tätigkeiten Erwachsener im Rollenspiel nach? ja nein
- Hält sich Ihr Kind an Spielregeln „Einmal ich, einmal du“? ja nein

Emotionale Kompetenz

- Kann Ihr Kind für einige Stunden bei ihm bekannten Personen bleiben, auch außerhalb seines Zuhauses und ohne seine Bezugspersonen? ja nein
- Drückt Ihr Kind Gefühle sprachlich aus? ja nein

Selbstständigkeit

- Kann Ihr Kind mit Löffel oder Gabel essen? ja nein
- Trinkt es selbst aus Becher oder Tasse? ja nein
- Wäscht und trocknet sich Ihr Kind die Hände selbstständig? ja nein
- Zieht es sich beim Toilettengang die Hose selbst herunter und wieder hoch? ja nein



Allgemeines

- Isst Ihr Kind regelmäßig Obst, Gemüse, Fleisch und Fisch? ja nein / andere Ernährungsform: _____
- Haben Sie bei Ihrem Kind ein auffälliges/nicht altersentsprechendes Essverhalten oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten beobachtet? nein ja
- Wenn ja, welche:
- Verwenden Sie fluorhaltige Zahnpasta? ja nein
- Waren Sie mit Ihrem Kind bereits beim Zahnarzt? ja nein
- Ist Ihr Kind tagsüber trocken? ja nein / nachts trocken? ja nein
- Wie oft hat Ihr Kind Stuhlgang? _____ x täglich _____ aller Tage
- Welche Konsistenz hat der Stuhl im Regelfall? hart geformt breiig flüssig
- Hat Ihr Kind nachts längere Wach- oder Schreiphasen? nein ja
- Schnarcht Ihr Kind regelmäßig und auch außerhalb von Infekten? nein ja
- Beobachten Sie bei Ihrem Kind häufig eine Mundatmung? nein ja



Mannheimer Fragebogen MEF U7a	Stimmt	Stimmt nicht	das ist ein Problem für mich
Ihr Kind kann mindestens 3x pro Woche schlecht einschlafen oder liegt mindestens eine Stunde wach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wacht mindestens 1x pro Nacht auf und liegt dann mindestens eine Stunde wach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläft nachts mit im Elternbett, obwohl ich das nicht gerne sehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat meistens nur wenig Appetit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist untergewichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist extrem wählerisch beim Essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann sich schlecht von der Mutter trennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Dabei kommt es zu langem Schreien oder Weinen mindestens eine Viertelstunde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stimmt	Stimmt nicht	das ist ein Problem für mich
Ihr Kind hat vor vielen Dingen panische Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist überaus schreckhaft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist sehr unruhig, zappelig, kann nicht still sitzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist mitunter beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat täglich einen Wutanfall.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist zu Hause ständig ungehorsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zerstört häufig Gegenstände.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat große Angst vor fremden Erwachsenen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spricht fast jede fremde Person an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geht schon nach kurzer Zeit mit fremder Person überall mit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wehrt sich meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist häufig ohne Kontakt zu seiner Umgebung – blickt ins Leere, reagiert nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen in der Familie: Diabetes, Schilddrüse, Hypercholesterinämie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alleinerziehend: <input type="checkbox"/> Geschwisterzahl: <input type="text"/>			
Stunden TV/Video/Tablet pro Tag	<input type="checkbox"/> < 1h	<input type="checkbox"/> 1 bis 3h	<input type="checkbox"/> > 3h

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

