



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?

Fragen zur sozialen Kompetenz

Zieht sich Ihr Kind Kleidungsstücke an und aus? ja nein

Wäscht und trocknet es sich die Hände? ja nein

Erledigt Ihr Kind im Haushalt einfache Aufgaben? ja nein

Macht Ihr Kind Hausarbeit nach? ja nein

Erkennt sich Ihr Kind im Spiegel oder auf einem aktuellem Foto? ja nein

Feinmotorik

Kritzelt Ihr Kind spontan? ja nein

Baut es einen Turm mit 4 Klötzchen? ja nein



Grobmotorik

- Spielt Ihr Kind Fußball? ja nein
- Wirft es einen Ball von sich weg? ja nein
- Kann Ihr Kind eine Sekunde auf einem Bein stehen? ja nein
- Hüpft es auf der Stelle? ja nein
- Fährt Ihr Kind... Laufrad und/oder Dreirad? nein
- Steigt Ihr Kind Treppen? ja, im Wechselsschritt ja, im Nachstellsschritt nein

Beobachtung zur Hörfähigkeit

- Befolgt Ihr Kind eine flüsternd oder leise gesprochene Aufforderung, einen Körperteil (z.B. Nase, Augen, Fuß usw.) zu zeigen? ja nein
- Reagiert Ihr Kind richtig auf eine geflüsterte Aufforderung in das Ohr? ja nein
- Erkennt Ihr Kind bekannte Geräusche (z.B. Auto der Eltern, Flugzeug, Tierlaute usw.)? ja nein
- Kann sich Ihr Kind schon in seiner „Sprache“ mit anderen Kindern „unterhalten“? ja nein

Allgemeines

- Isst Ihr Kind regelmäßig Obst, Gemüse, ja nein andere Ernährungsform:
- Fleisch und Fisch? ja nein
- 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 beim Zahnarzt? ja nein
- Haben Sie bereits mit dem Sauberkeitstraining begonnen? ja nein
- Wie oft hat Ihr Kind Stuhlgang? x täglich alle 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 außerhalb von Infekten? nein ja
- Beobachten Sie bei Ihrem Kind häufig eine Mundatmung? nein ja

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

