



**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](mailto: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?

War Ihr Kind bereits beim Augenarzt?  ja  nein

Falls ja, wann zuletzt?

Geplant wann?

### Fragen zur sozialen und emotionalen Kompetenz

Zieht sich Ihr Kind selbstständig an?  ja  nein

Kann sich Ihr Kind vorübergehend von Bezugsperson trennen?  ja  nein

Versteht Ihr Kind Spielregeln und kann auch verlieren?  ja  nein

Hat Ihr Kind gleichaltrige Freunde und spielt es Rollenspiele?  ja  nein

Kann Ihr Kind seine Emotionen bei alltäglichen Ereignissen meist selbst regulieren?  ja  nein



## Grob- und Feinmotorik

- Kann Ihr Kind Fahrrad fahren?  ja, mit Stützräder  ja, ohne Stützräder  nein
- Rennt Ihr Kind sicher?  ja  nein
- Fängt Ihr Kind einen zugeworfenen Ball aus kurzer Entfernung?  ja  nein
- Kann es Knöpfe selbstständig aufknöpfen?  ja  nein
- Kann Ihr Kind drei Sekunden auf einem Bein stehen?  ja  nein
- Hüpft Ihr Kind vorwärts auf einem Bein?  ja  nein

## Denk- und Merkfähigkeit

- Verwendet Ihr Kind Mehrwort-Sätze in Ich-Form?  ja  nein
- Erzählt Ihr Kind Geschichten und Begebenheiten in weitgehend richtiger zeitlicher und logischer Reihenfolge?  ja  nein
- Spricht Ihr Kind in richtigem Satzbau und für Fremde verständlich?  ja  nein
- Kann es Gegensätze angeben?  ja  nein
- Drückt Ihr Kind Gefühle sprachlich aus?  ja  nein
- Kennt Ihr Kind seine Adresse (Straßenname und Hausnummer)?  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 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 Wachphasen?  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!**

