



Name des Kindes:

Datum:

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 im Verlauf der Entwicklung schwerwiegende Erkrankungen aufgetreten? nein ja

Wenn ja, welche?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? nein ja

Wenn ja, welche?

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? ja nein

Wenn nein, warum nicht?

Wurden bei Ihrem Kind bisher Operationen durchgeführt? nein ja

Wenn ja, welche?

Bestehen bei Ihrem Kind Allergien? nein ja

Wenn ja, welche?

War Ihr Kind bereits beim Augenarzt? nein ja

Falls ja, wann zuletzt?

Geplant wann?



Schule

Welche Schule besucht Ihr Kind?

Klasse:

Bestehen bei Ihrem Kind Schulprobleme oder Konzentrationsstörungen?

nein ja

Wenn ja, welche?

Sind Sie mit der schulischen Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?

ja nein

Wenn nein, warum nicht?

Freizeit

Hat Ihr Kind besondere Talente, Interessen oder Hobbys?

ja nein

Wenn ja welche?

Betreibt Ihr Kind neben dem Schulsport regelmäßig Sport?

ja nein

Wenn ja welche Sportart?

Hat Ihr Kind gleichaltrige Freunde?

ja nein

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind mit elektronischen Medien (Handy/PC/Filme/Spiele/soziale Netzwerke)?

< 1 Std./Tag 1 - 3 Std./Tag > 3 Std. / Tag

Wie viele Stunden ist Ihr Kind täglich körperlich aktiv (Fahrrad fahren, Sport, Spielplatz)?

< 1 Std./Tag 1 - 3 Std./Tag > 3 Std. / Tag

Gesundheit

Hat Ihr Kind regelmäßig bestimmte Beschwerden?

nein ja

Wenn ja welche?

Beobachten Sie bestimmte Essgewohnheiten (z.B. vegetarisch, Unverträglichkeiten?)

nein ja

Wenn ja welche?

Bestehen Probleme beim Stuhlgang oder beim Wasser lassen?

nein ja

Wenn ja welche?

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen?

nein ja

Wenn ja welche?

Wie viele Stunden schläft Ihr Kind täglich?

Mo - Fr: Stunden Sa/So: Stunden

Schnarcht Ihr Kind regelmäßig?

nein ja



Mannheimer Fragebogen MEF U10

Stimmt
Stimmt
nicht

Ihr Kind...

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ... hat Migräne. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... musste wegen Kopfschmerzen zum Arzt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... leide unter asthmatischen Beschwerden oder einer chronischen Bronchitis. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... will bei jeder Kleinigkeit den Arzt aufsuchen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... hat manchmal nervöse Zuckungen (Blinzel-Tic, Zwinker-Tic, Räusper-Tic). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... weigert sich meistens auch tagsüber, bei Freunden / Verwandten zu bleiben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... schläft nachts mit im Elternbett, obwohl ich das nicht gern sehe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... kann schlecht einschlafen (liegt mehr als eine Stunde wach). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wacht häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... muss bei starker Aufregung stottern. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... lispelt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... hat im letzten halben Jahr mehr als 2x das Bett oder die Hose nass gemacht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... hat im letzten halben Jahr mindestens einmal eingekotet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... hat meistens nur wenig Appetit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... ist sehr wählerisch beim Essen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... hat aufgrund seines Essverhaltens mind. 7kg abgenommen, ist untergewichtig. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... hat mindestens 10 kg Übergewicht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wird manchmal wegen seines Übergewichtes gehänselt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... ist die meiste Zeit aufsässig und ungehorsam. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... ist aufsässiger und ungehorsamer als andere Kinder seines Alters. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wurde wegen seines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, einem Ausflug oder Landheimaufenthalt ausgeschlossen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... schwänzt manchmal die Schule. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... hat starke Angst davor zur Schule zu gehen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... streitet fast jeden Tag mit seinen/ihren Geschwistern. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... dabei kommt es auch zu ernsthaften Verletzungen / Quälereien / Drohungen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wird von anderen Jugendlichen häufig geärgert, gehänselt, geprügelt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... hat Angst vor anderen Kindern. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... hat überhaupt keinen Kontakt zu Gleichaltrigen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... prügelt sich häufig mit anderen Kindern oder Jugendlichen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dabei ist es auch schon zu ernsthaften Verletzungen gekommen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wechselt häufig seine Freunde. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... ist in der Schule leicht ablenkbar und unkonzentriert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... ist bei den Hausaufgaben sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... ist bei Regelspielen (Karten-/Brettspiele) sehr ablenkbar und unkonzentriert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... ist in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... ist bei den Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... ist im Straßenverkehr oft unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Ihr Kind...

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ... ist beim Spielen oft vorschnell, unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... ist beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause oft sehr unüberlegt und vorschnell. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... hat fast täglich einen Wutanfall. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... ist überängstlich, macht sich viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wird dann manchmal vor lauter Aufregung „krank“. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... hat panische Angst vor... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... allein zuhause zu bleiben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... vor fremden Menschen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... vor Blitz, Donner oder Dunkelheit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... ist schon fast übertrieben ordentlich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wäscht sich oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... kontrolliert bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Min. nach (z.B dass Fenster/Türen verschlossen sind, Schultasche gepackt ist). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... kaut oder reißt so stark die Fingernägel, dass es häufiger zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise frei liegt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... ist mindestens einmal pro Woche für mindestens drei Stunden traurig oder niedergeschlagen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... ist nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn er/sie traurig ist. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... war schon einmal mind. 2 Wochen am Stück traurig oder niedergeschlagen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... hat schon einmal ernsthaft daran gedacht sich umzubringen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... hat schon gelegentlich geraucht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... hat schon hin und wieder Alkohol getrunken. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... macht uns Probleme, weil es so oft lügt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... hat zu Hause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolleres gestohlen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... hat schon mindestens fünfmal weniger wertvolle Dinge entwendet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... hat schon einmal mit Absicht Dinge, die ihm nicht gehören, zerstört oder beschädigt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dabei ist ein Schaden von mindestens 30 Euro entstanden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... ist schon von zu Hause weggelaufen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... zeigt folgende, oben nicht genannte, auffällige Verhaltensweisen: | | |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

