
Elternfragebogen für die Vorsorgeuntersuchung U9 (60.-64. Lebensmonat)

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 und sauber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Erhält Ihr Kind eine tägliche Fluoridzufuhr über die Zahnpasta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Empfinden Sie Ihr Kind als zu groß oder zu klein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Ja	Nein
11.	Empfinden Sie Ihr Kind als zu dick oder zu dünn?	<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.	Hat Ihr Kind mehr als 1 x / Woche für mindestens 1 Stunde Bauchschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sehvermögen

		Ja	Nein
1.	Erkennt Ihr Kind Personen schon von weitem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Erkennt und benennt auch kleine Objekte in Bilderbüchern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Greift Ihr Kind zielsicher nach Gegenständen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Unterscheidet und benennt Ihr Kind alle Grundfarben korrekt? [GS Michaelis]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Beobachten Sie bei Ihrem Kind ein vereinzelt oder dauerhaftes Schielen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hörvermögen

		Ja	Nein
1.	Reagiert Ihr Kind auf seinen Namen in Flüstersprache, ohne vorigen Blickkontakt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Reagiert Ihr Kind auf andere leise Geräusche (z.B. Bellen eines Hundes, entfernte Sirene)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Beobachten Sie eine gerichtete Blick-/Kopfwendung in Richtung von Geräuschquellen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Schnarcht Ihr Kind laut auch abseits von Atemwegsinfekten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Hat Ihr Kind häufig Mittelohrentzündungen (mehr als 2x/Jahr)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Hat Ihr Kind in Erkältungsphasen ein im Alltag reduziertes Hörvermögen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sprache

		Ja	Nein
1.	Sind Sie mit der Sprachentwicklung zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Besitzt Ihr Kind einen großen aktiven Wortschatz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Versteht Ihr Kind komplexere Aufforderungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Ist die Aussprache aller Laute korrekt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Motorik

	Grobmotorik	Ja	Nein
1.	Sind Sie mit der motorischen Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Kann Ihr Kind schnell rennen und dabei Hindernissen ausweichen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Kann Ihr Kind einen Ball auffangen? <small>[GS Michaelis; GS ET 6-6R]</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Kann sich Ihr Kind vollständig alleine An- und Ausziehen (Schleife binden ausgenommen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Feinmotorik	Ja	Ja
5.	Hat Ihr Kind eine gute Handgeschicklichkeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Malt Ihr Kind mit dem Stift im Fingergriff?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Kann Ihr Kind schon einzelne Buchstaben oder Zahlen schreiben oder nachzeichnen? <small>[GS Michaelis]</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Schlafverhalten

		Ja	Nein
1.	Sind Sie zufrieden mit dem Einschlaf-/Schlafverhalten Ihres Kindes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Bestehen Ein- oder Durchschlafprobleme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Kommt es regelhaft zu nächtlicher Nahrungsaufnahme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Kommt es zu regelmäßigen nächtlichen Unruhephasen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sozial-emotionale Entwicklung

		Ja	Nein
1.	Sind Sie mit dem Spielverhalten / Sozialverhalten Ihres Kindes insgesamt zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Ist Ihr Kind ein Einzelgänger und spielt lieber alleine?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Ärgert und schikaniert Ihr Kind manchmal andere Kinder?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Ist Ihr Kind nervös, anklammernd und verliert in neuen Situationen sehr schnell das Selbstvertrauen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Äußert Ihr Kind häufiger Ängste und kann sich von diesen dann Gedanklich nicht gut distanzieren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Ist Ihr Kind häufig bedrückt und traurig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Hat Ihr Kind häufiger als 2 x / Tag einen Trotzanfall mit Kontrollverlust > 15 Minuten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Hat Ihr Kind zuhause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolleres gestohlen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Ja	Nein
1.	Spielt Ihr Kind mit anderen Kindern Rollenspiele (Vater-Mutter-Kind, Cowboy, Polizist, Prinzessin, etc.), die Rollen werden dabei vorher von den Kindern festgelegt und regeln dazu formuliert? [GS Michaelis]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Hat Ihr Kind zeitweilig (über mehrere Wochen) einen „besten Freund“ oder eine „beste Freundin“?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Kann Ihr Kind Süßigkeiten zwischen sich und anderen Kindern gerecht aufteilen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Stellt sich Ihr Kind von sich aus in einer Reihe an (z.B. Warteschlange vor einer Rutsche oder an einer Kasse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Kann sich Ihr Kind beim Spielen mit anderen Kindern gut mit den anderen Kindern abwechseln (ohne Eingriff von Erwachsenen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Beachtet Ihr Kind Ampeln, ohne auf diese hingewiesen zu werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Bewältigt Ihr Kind vertraute Wege allein, geht z.B. allein zum Kindergarten, zum Freund, zum Nachbarn, zum Briefkasten, o.ä.?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Möchte Ihr Kind in die Schule gehen und traut sich dabei den Schulbesuch auch zu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Kann Ihr Kind seine Emotionslage bei alltäglichen Ereignissen meist ausreichend selbst regulieren. Zeigt es daher eine gewisse Toleranz gegenüber Enttäuschungen, Ängsten, Verlegenheit, Freude und Stress (Gelegentliche Wutanfälle ausgenommen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Sucht Ihr Kind gelegentlich immer noch einen engen körperlichen Kontakt zu Ihnen bei unverständlichen, beängstigenden Ereignissen sowie bei Müdigkeit, Erschöpfung und Krankheit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Lädt Ihr Kind andere Kinder zu sich ein/lässt sich gerne einladen (wählt also bestimmte Kinder aus, mit denen es Kontakt haben möchte)? [GS Michaelis]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Beginnt und beteiligt sich Ihr Kind an Regelspielen, z.B. Brettspiele, Kartenspiele, Sportspiele?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Kann sich Ihr Kind ohne Schwierigkeiten über Nacht von Ihnen trennen, wenn es in dieser Zeit von einer gut bekannten Person betreut wird?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Spielt Ihr Kind Alltagssituationen oder Geschichten mit Puppen oder Spielfiguren (Lego, etc.) nach?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Formuliert Ihr Kind Regeln, die auch für andere gelten sollen, z.B. bestimmt es, dass man nicht mehr auf die Linien der Gehplatten treten darf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Schildert Ihr Kind auch Ereignisse, die für es selbst beschämend, unerfreulich und frustrierend waren. [GS Michaelis]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lebenspraktische Fertigkeiten (nach F. Petermann & T. Macha)

		Ja	Nein
1.	Geht Ihr Kind vorwärts eine Treppe rauf und runter, wechselfüßig (d.h. einen Fuß pro Stufe) und ohne sich festhalten zu müssen? [GS Michaelis]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Kann Ihr Kind Fahrradfahren ohne Stützräder?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Kann Ihr Kind selbstständig mit Messer und Gabel essen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Kann Ihr Kind mit einer (Kinder-) Schere auf einer geraden Linie schneiden? [GS Michaelis]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Baut Ihr Kind erkennbare Häuser, Autos, Flugzeuge, o.ä., aus Legosteinen, Bauklötzen oder ähnlichem Material, mit und ohne Vorlagen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Benötigt Ihr Kind für den Toilettengang keine Hilfe mehr (weder bei der Kleidung, noch beim Abwischen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Erzählt Ihr Kind kleine Erlebnisse in weitgehend richtiger zeitlicher und logischer Reihenfolge? [GS Michaelis]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Kann sich Ihr Kind selbstständig ein Brot schmieren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Gebraucht Ihr Kind Sechs- bis Acht-Wort-Sätze, wobei die wichtigsten grammatikalischen Strukturen weitgehend beherrscht werden und nur noch selten Fehler im Satzbau vorkommen? [GS Michaelis]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Zieht sich Ihr Kind vollständig alleine an, alle Verschlüsse und Knöpfe können dabei geschlossen werden (ausgenommen das Schleifen binden)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Kann sich Ihr Kind selbstständig die Nase putzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Verfügt Ihr Kind tagsüber über eine weitgehende Darm- und Blasenkontrolle. Ist es tagsüber sauber und trocken zwischen den selbstgewählten Toilettengängen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Kann Ihr Kind in Gegenwart eines Erwachsenen Einkäufe tätigen (es bestellt und bezahlt im Geschäft)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Kann Ihr Kind mit einem Schraubenzieher eine Schraube raus- und reindrehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Gurtet sich Ihr Kind im Auto selbstständig an?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Findet Ihr Kind zuhause auch in dunklen Räumen den Lichtschalter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Meldet sich Ihr Kind alleine am Telefon und stellt sich vor, ohne vom Anrufer dazu aufgefordert zu werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Kann Ihr Kind selbstständig Schlösser auf- und abschließen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Kennt Ihr Kind seine Wohnadresse (Straßennamen und Hausnummer)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Praxis Dr. Beck & Kollegen

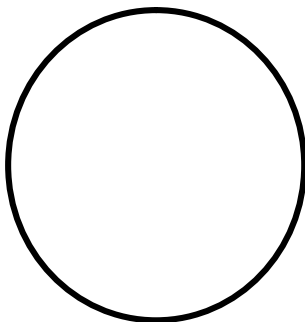
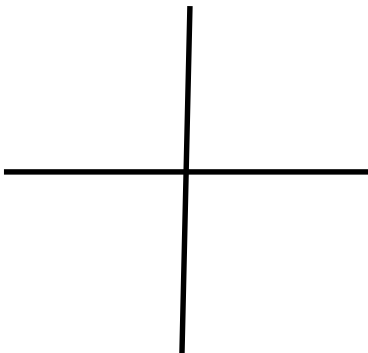
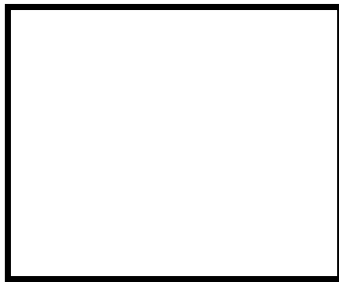
Dr. med. Lars Hendrik Beck - 2024 – V5

Liebe Eltern,

im Folgenden bitten Sie Ihr Kind etwas zu malen. Helfen Sie Ihrem Kind bei der Umsetzung bitte nicht (indem Sie z.B. etwas vorzeichnen), denn uns interessiert, ob und wie Ihr Kind mit der Aufforderung umgeht.

1. **Symbole nachmalen**

Bitten Sie zunächst Ihr Kind die Symbole der linken Blattseite, auf der rechten Blattseite nachzuzeichnen:



2. Bild eines Menschen

Bitten Sie nun Ihr Kind auf diesem Blatt einen Menschen zu malen. Dieser darf eine dem Kind bekannte Person darstellen (z.B. Papa, Mama, Omi, oder das Kind selber) oder aber eben nur ein Mensch sein.

Sollte das Kind Sie fragen, wie das geht, erwähnen Sie dabei ruhig einige Körperteile, die Sie selber malen würden, z.B. Kopf, Bauch, Arme, Beine, Hände, Haare, Gesicht ..., die Umsetzung überlassen Sie aber bitte Ihrem Kind. Wenn das Kind angibt fertig zu sein, sollten Sie zudem keine Ergänzungsvorschläge machen.