

Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung



Name _____

Geburtsdatum _____

Ausgefüllt von: Mutter Vater _____

Liebe Eltern,

zur Vorbereitung auf die heutige Vorsorgeuntersuchung bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen, damit wir die Entwicklung Ihres Kindes besser beurteilen können. Sollten sich darüber hinaus Veränderungen in der Betreuungssituation oder besondere Belastungen in Ihrer Familie ergeben, sprechen Sie uns diesbezüglich bitte während der Vorsorgeuntersuchung an. Gerne können wir Sie über entsprechende Hilfeangebote beraten. Danke für Ihre Mitarbeit.

Sind seit der letzten Untersuchung bei Ihrem Kind schwerwiegende, Erkrankungen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen, Operationen oder sonstige Auffälligkeiten aufgetreten? ja nein

Wenn ja, welche:

Zeigen sich bei Ihrem Kind Ernährungsschwierigkeiten? ja nein

Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind gut hören kann? ja nein

Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden? ja nein

Wird Ihr Kind von der Umgebung gut verstanden? ja nein

Stottert Ihr Kind? ja nein

Schnarcht Ihr Kind? ja nein

Wenn ja, zeigt es dabei Atempausen (länger als 10-20 Sekunden)? ja nein

Missversteht Ihr Kind häufig Anweisungen, wenn es dabei dem Sprecher nicht auf den Mund sehen kann? ja nein

Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind normal gesprochene Worte teilweise nur mühsam versteht und seine Konzentration beim Zuhören schnell nachlässt? ja nein

Wir Ihr Kind von anderen Kindern beim Spielen ausgeschlossen, weil es sich mit seinen Spielgefährten nicht ausreichend sprachlich verständigen kann? ja nein

Findet Ihr Kind wenig Kontakt mit anderen Spielgefährten, spielt es lieber alleine? ja nein

Erkennt Ihr Kind mit großer Sicherheit bekannte Geräusche (z.B. Öffnen des Garagentores, Motorgeräusche vom Auto der Eltern oder ähnliches)? ja nein

Kann Ihr Kind Dreirad, Laufrad (oder ein anderes Gefährt) fahren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Geht Ihr Kind wechselfüßig eine Treppe vorwärts herauf und herunter, d.h. einen Fuß pro Stufe ohne Festhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stellt es häufig Fragen mit „Warum?“, „Wieso?“, „Woher?“ und hört dann aufmerksam zu?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Baut Ihr Kind erkennbare Häuser, Autos, Flugzeuge oder ähnliches*? * = _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gießt es Flüssigkeiten aus einer Flasche in ein Glas?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kann sich Ihr Kind selbst ein Brot schmieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zieht es sich die Schuhe an?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zieht sich Ihr Kind Kleider an?	<input type="checkbox"/> ja, ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> ja, mit Hilfe <input type="checkbox"/> nein
Öffnet es Knöpfe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schläft Ihr Kind nachts durch?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erfolgt der Stuhlgang auf der Toilette?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist Ihr Kind tagsüber trocken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Trägt Ihr Kind nachts eine Windel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Spricht Ihr Kind von sich in der Ich-Form?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besucht Ihr Kind einen Kindergarten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Spielt es mit anderen Kindern Rollenspiele?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beteiligt sich Ihr Kind an Regelspielen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Kind (zeitweilig) einen „besten Freund“?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kann Ihr Kind seine Emotionen bei alltäglichen Ereignissen meist ausreichend regulieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Trennt sich Ihr Kind ohne Schwierigkeiten über einige Stunden von Ihnen, wenn es in dieser Zeit von einer bekannten Person betreut wird?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Machen Sie sich über irgendetwas Sorgen bezüglich der Entwicklung Ihres Kindes? Wenn ja, bitte stichwortartig notieren!	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Platz für Ihre Notizen: