

# 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,  ja  nein  
Erkrankungen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige  
Infektionen, Operationen oder sonstige Auffälligkeiten aufgetreten?

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  ja  nein  
nicht auf den Mund sehen kann?

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

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

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

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

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:**