

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

Kann Ihr Kind (ohne Stützräder) Fahrrad fahren? ja nein

Geht Ihr Kind wechselfüßig eine Treppe vorwärts herauf und herunter, d.h.
einen Fuß pro Stufe ohne Festhalten? ja nein

Zieht es sich alleine an und kann dabei alle Knöpfe selbständig schließen? ja nein

Baut Ihr Kind erkennbare Häuser, Autos, Flugzeuge oder ähnliches*? ja nein

* = _____

Kann Ihr Kind mit Gabel und Messer essen? ja nein

Kennt Ihr Kind seine Adresse? ja nein

Versteht und benutzt Ihr Kind Zeitbegriffe (z.B. morgens, mittags, abends; heute,
morgen)? ja nein

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Kann es Erlebnisse (z.B. aus dem Kindergarten) berichten oder Vorgelesenes nacherzählen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist die Sprache Ihres Kindes für Personen verständlich, die nicht zur Familie gehören? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schläft Ihr Kind nachts durch? | <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 |
| Erfolgt der Stuhlgang auf der Toilette? | <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 |
| Beachtet Ihr Kind Ampeln? | <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 |
| Besucht Ihr Kind einen Kindergarten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Möchte Ihr Kind in die Schule gehen? | <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: