

Dr. med Franziska Platen

## Fragebogen zur Vorsorge U 8

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

Von:  Mutter  Vater

Liebe Eltern,

Zur Vorbereitung auf die geplante Vorsorgeuntersuchung bitten wir sie den folgenden Fragebogen ausgefüllt mitzubringen. Er dient zur besseren Beurteilung der Entwicklung ihres Kindes.

Vielen Dank für ihre Mitarbeit

Sind bei ihrem Kind seit der letzten Untersuchung schwerwiegende Erkrankungen, Operationen oder Krampfanfälle aufgetreten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besucht ihr Kind einen Kindergarten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welchen Kindergarten? _____		
Wieviele Stunden geht es in den Kindergarten? _____		
War ihr Kind beim Augenarzt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gibt es Probleme beim Hören?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schnarcht ihr Kind? Wenn ja, zeigt es dabei Atempausen (länger als 30sec)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden?	<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
Spricht es 6 Wortsätze?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stottert ihr Kind?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stellt es häufig „W-Fragen“ wie „Warum?“, „Wieso?“, „Woher?“, „Wann?“, „Wo“?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erzählt es in weitgehend richtiger Reihenfolge mit „und, und dann“ ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kann es größer/klein, heiß/kalt unterscheiden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Kann ihr Kind Dreirad, Laufrad oder ein anderes Gefährt fahren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Geht ihr Kind im Wechselschritt eine Treppe hoch ohne sich festzuhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hält ihr Kind einen Stift im Dreipunktgriff?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zieht ihr Kind sich weitgehend selbst an?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Spielt ihr Kind mit anderen Kindern?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Versteht ihr Kind Spielregeln?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Trennt sich ihr Kind über einige Stunden von ihnen (bleibt bei bekannten Personen)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kann ihr Kind seine Émotionslage meist selbst ausreichend regulieren?	<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
Ist ihr Kind nachts trocken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein