

**Formulare**  
**Kinderarztpraxis Claudia Fiegert**  
**FB 53**  
**Elternfragebogen II zurU9**

**Elternfragebogen zur 9. Früherkennungsuntersuchung bei Kindern**

Liebe Eltern,

dieser Fragebogen soll Ihnen die Vorbereitung auf die wichtige 9. Vorsorgeuntersuchung bei Ihrem Kind erleichtern und mir wichtige Informationen für diese Untersuchung bringen.

Keine Angst, Sie brauchen nicht alle Fragen einzeln zu beantworten. Bitte kreuzen Sie nur Fragen an, bei denen Sie Auffälligkeiten bei Ihrem Kind vermuten oder die bei Ihrem Kind zutreffend sind.

**Bitte bringen Sie den Bogen zur Untersuchung mit**, damit wir ausführlich über diese Punkte sprechen können.

**Name des Kindes:** \_\_\_\_\_ **Alter:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

	JA	NEIN
1. Gibt Ihnen die Entwicklung oder das Verhalten Ihres Kindes Anlass zur Sorge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Leidet oder litt Ihr Kind an einer der folgenden Störungen oder Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Krampfanfälle oder Fieberkrämpfe		
➤ gehäufte oder länger dauernde Infektionen		
➤ Atemnot in Ruhe oder bei Belastung		
➤ Beschwerden beim Wasserlassen oder beim Stuhlgang		
3. Hat Ihr Kind seit der letzten Vorsorgeuntersuchung entwicklungsgefährdende Erkrankungen oder Operationen durchgemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sind Ihnen bei Ihrem Kind aufgefallen:		
➤ <u>Sprachstörungen</u> , z. B. deutliche Fehler in der Grammatik und/oder der Satzbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ <u>Störungen der Aussprache</u> , z. B. Stottern, Stammeln, Pollern		
▪ Spricht Ihr Kind oft so, dass fremde Erwachsene oder Kinder es nicht richtig verstehen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ <u>Störung des Sprachverständnisses</u>		
▪ Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind Sie nicht richtig versteht, wenn Sie ihm etwas erklären oder sagen wollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ <u>Verhaltensauffälligkeiten</u>		
▪ Ist Ihr Kind Tag und Nacht sicher sauber (Urin u. Stuhl)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Bestehen mehr als dreimal in der Woche Störungen beim Ein- und Durchschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Hat Ihr Kind oft Streit mit anderen Kindern oder Erwachsenen, die Ihnen Sorge bereiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Weigert sich Ihr Kind häufig, Ihren Anweisungen zu folgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Hat Ihr Kind besonders viel Angst? Wovor, vor wem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Kann sich Ihr Kind nur schwer von Ihnen trennen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Hat Ihr Kind keine (festen) Freunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Spielt Ihr Kind nicht oder nur ungern mit Gleichaltrigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Kann Ihr Kind nicht ausdauernd bei seinem Spiel bleiben? Stört es oft seine Spielgefährten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Muss es regelmäßig zu planvollem Spiel aufgefordert oder bei diesem gehalten werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ <u>Störungen der Grobmotorik</u>		
▪ Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind beim Ballspiel, Laufen, Springen oder Klettern mehr Schwierigkeiten hat, weniger geschickt ist als Gleichaltrige?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ <u>Störungen der Feinmotorik</u>		
▪ Malt Ihr Kind ungern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Bastelt es weniger gern und ausdauernd als Altersgenossen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte wenden!**

**Formulare**  
**Kinderarztpraxis Claudia Fiegert**  
**FB 53**  
**Elternfragebogen II zurU9**

**JA NEIN**

zu. 4. Sind Ihnen bei Ihrem Kind aufgefallen:

➤ Sehbehinderungen

- Erkennt Ihr Kind z. B. ein hochfliegendes Flugzeug nicht als "Silberpunkt am Himmel"?
- Geht es beim Lesen/Spielen mit den Augen regelmäßig nahe an das Buch/Spielzeug heran?
- Interessiert es sich für das Fernsehen nur, wenn es nahe davor steht, nicht jedoch aus 5 m Entfernung (bei ausgestelltem Ton)?
- Schielt Ihr Kind, z. B. wenn es müde ist?
- Ist Ihr Kind ein "Scherbenkind", stößt es oft Dinge um, stellt es Gläser neben den Tisch, nimmt es die Ecken gern mit, greift es häufig daneben usw.?
- Können Sie bei Ihrem Kind beobachten: regelmäßig eingenommene Kopfschief- oder Zwangshaltungen, Lichtscheu, vermehrtes Blinzeln oder Tränenlaufen, Auggreifen oder Augbohren, Zukneifen eines oder beider Augen (z. B. bei genauem Fixieren), Lidspaltendifferenz, häufige Lidrandentzündungen?

➤ Hörbehinderungen

- Spricht Ihr Kind häufig auffallend laut?
- Versteht ihr Kind leise gesprochene Aufforderungen nicht oder falsch, wenn es Ihnen nicht auf den Mund sehen kann?
- Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind normal laut gesprochene Worte teilweise nur mühsam versteht und seine Konzentration beim Zuhören rasch nachlässt?
- Erkennt Ihr Kind mit Sicherheit bekannte Geräusche, z. B. das Auto des Vaters, wenn es vorfährt?
- Interessiert sich Ihr Kind für Radio und Fernseher nur, wenn diese auf große Lautstärke gestellt sind?
- Wird Ihr Kind von anderen Kindern beim Spielen ausgeschlossen, weil es sich mit seinen Spielgefährten nicht ausreichend sprachlich verständigen kann?
- Findet Ihr Kind wenig Kontakt mit Spielgefährten; spielt es lieber alleine, abgeschlossen für sich?

5. Fragen zur allgemeinen Entwicklung

- Kann sich Ihr Kind an Spielregeln halten?
- Kooperiert Ihr Kind im Spiel mit anderen Kindern?
- Versteht Ihr Kind emotionale Äußerungen anderer Kinder, kann es z. B. Spielkameraden trösten/ihnen helfen, wenn diese es brauchen?
- Hat Ihr Kind gleichaltrige Freunde ("seine Bande")?
- Widmet sich Ihr Kind gestellten Aufgaben intensiv?
- Erzählt Ihr Kind logisch richtig, in zeitlich richtiger Reihenfolge und mit ungestörtem Sprachfluss?
- Hat Ihr Kind einen sicheren Mengenbegriff bis 5?
- Kann Ihr Kind ohne Hilfe auf einen 35 cm hohen Hocker steigen und herab hüpfen?
- Kann sich Ihr Kind ohne Anleitung selbst vollständig anziehen?

**Datum Heute:** \_\_\_\_\_

Vielen Dank, dass Sie sich so intensiv mit diesen Fragen beschäftigt haben! Bitte bringen Sie den Bogen **unbedingt** zum Untersuchungstermin mit. Er wird uns bei der Durchführung der wichtigen Früherkennungsuntersuchung eine große Hilfe sein.

Bitte denken Sie daran, dass diese Untersuchung gut eine 1 Stunde volle Konzentration von Ihrem Kind verlangt. Kommen Sie daher mit Ihrem Kind alleine, ohne Geschwister, damit die Untersuchung ungestört verlaufen kann. Freuen Sie sich trotz all dieser Fragen auf die Untersuchung! Wir werden gemeinsam viel Freude an und mit Ihrem Kind haben.

**Ihr Kinderarzt**