

Formulare
Kinderarztpraxis Claudia Fiegert
FB 51
Elternfragebogen zur U8

Elternfragebogen zur 8. Früherkennungsuntersuchung bei Kindern

Liebe Eltern,

dieser Fragebogen soll Ihnen die Vorbereitung auf die wichtige 8. 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>Störungen der Aussprache</u> , z. B. Stottern, Stammelfehler, verwaschene Sprache | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Spricht Ihr Kind häufig so, dass fremde Erwachsene oder Kinder es nicht richtig verstehen können? | | |
| ➤ <u>Fehlende altersgerechte Sprache</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Kann Ihr Kind noch keine Sätze in der "Ich-Form" bilden, keine Erlebnisse erzählen, sich nicht unterhalten oder noch keine Satzreihen mit "und dann..." bilden? | | |
| ➤ <u>Störung des Sprachverständnisses</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind Sie nicht richtig versteht, wenn Sie ihm etwas erklären oder sagen wollen? | | |
| ➤ <u>Verhaltenauffälligkeiten</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 häufig Streit mit anderen Kindern oder Erwachsenen, die Ihnen Sorge bereiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Weigert sich Ihr Kind oft, Ihren Anweisungen zu folgen? Kommt es dabei häufig zu "Szenen"? | <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"/> |
| ▪ Neigt Ihr Kind zu "Stereotypien" (Kopf- oder Körperwackeln, Nestelbewegungen, unwillkürliche Muskelzuckungen o. Verkrampfungen, Nägelbeißen, z. B. bei Aufregung oder beim Einschlafen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ <u>Störungen der Grobmotorik</u> | | |
| ▪ Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind beim Treppensteigen, Hüpfen, 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"/> |
| ▪ Ist es ungeschickt beim Spiel mit kleinen Dingen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte wenden!

Formulare
Kinderarztpraxis Claudia Fiegert
FB 51
Elternfragebogen zur U8

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 eingennomene Kopfschief- oder Zwangshaltungen, Lichtscheu, vermehrtes Blinzeln oder Tränenlaufen, Auggreifen oder Augbohren, Zukneifen eines oder beider Augen (z. B. bei genauem Fixieren), Lidspaltendifferenz, häufige Lidrandentzündungen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ 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?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Fragen zur allgemeinen Entwicklung

- Kann sich Ihr Kind an Spielregeln halten?
- Kann Ihr Kind sicher mit einer Hand mit der Schere ausschneiden?
- Sucht Ihr Kind Freundschaft zu Gleichaltrigen?
- Kooperiert Ihr Kind im Spiel mit anderen Kindern?
- Kann sich Ihr Kind im Spiel mit anderen Kindern unterhalten?
- Kann Ihr Kind mit anderen teilen?
- Erzählt Ihr Kind Erlebnisse?
- Kann Ihr Kind ohne Hilfe Treppen freihändig mit Beinwechsel aufwärts und abwärts gehen?
- Steht Ihr Kind sicher auf Zehenspitzen?
- Kann Ihr Kind schon Dreirad fahren (selbständiges Treten)?
- Hüpfst Ihr Kind sicher von der zweituntersten Treppenstufe (mit geschlossenen Beinen)?
- Kann sich Ihr Kind ohne Anleitung selbst vollständig anziehen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 Früherkennungsuntersuchung eine große Hilfe sein. Bitte denken Sie daran, dass diese Untersuchung gut eine ½ 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