

Liebe \_\_\_\_\_ Sie haben mit Ihrer Tochter / Ihrem Sohn \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ um  
 \_\_\_\_\_ Uhr einen Termin zur **Vorsorgeuntersuchung U8**.

Zur Vorbereitung auf diese Untersuchung habe ich den folgenden Fragebogen zusammengestellt. Wenn Sie ihn ausfüllen soweit Sie können, fällt Ihnen vielleicht das eine oder andere auf, was Sie besonders gerne ausführlicher mit mir besprechen möchten!

**Schlaf:** Mein Kind ...

- .. schläft mindestens 3 x / Woche schlecht ein / liegt mind. 1 Stunde wach  nein  ja
- .. wacht mindestens 1 x / Nacht auf und liegt dann mindestens 1 Stunde wach  nein  ja
- .. schläft nachts mit im Elternbett, obwohl wir das nicht gern sehen  nein  ja

**Ernährung / Verdauung:** Mein Kind ...

.. bekommt zu essen (Tisch- / Familienkost? Fertignahrung für Kleinkinder?): \_\_\_\_\_

- .. ist sehr wählerisch beim Essen  nein  ja
- .. hat Probleme mit der Verdauung \_\_\_\_\_  nein  ja
- Ich glaube, mein Kind ist  unter- oder  übergewichtig \_\_\_\_\_  nein  ja

**Sprache:** Mein Kind ...

- .. spricht bereits so, dass andere es verstehen können  ja  nein
- .. kann „ch/ch“, „ng“, „nt“, „schp“, „fr“ nachsprechen  ja  nein
- ..  bildet Nebensätze  verwendet: ich, mein, du, dein  kann eine Geschichte nacherzählen  
 z. B.: „Wenn Papa kommt, gehen wir zum Spielplatz“
- ..  kann bereits 2 Gegensätze angeben (kalt/heiß, hell/dunkel)  fragt: wer, wo, wann, warum
- kann seinen Vor- und Nachnamen sagen  bildet die Mehrzahl (Ball, Bälle ...)
- kann Tätigkeiten auf einem Bild benennen  kann mindestens 5 Tiere benennen
- .. spricht mit Puppe oder Teddy  ja  nein
- .. spielt Rollenspiele (Mutter, Vater, Kind)  ja  nein
- .. hat einen Fantasiefreund  ja  nein
- Wie lange schaut Ihr Kind am Tag Bilderbücher an?  noch gar nicht  weniger als ¼ Stunde
- ½ -1 Stunden  mehr als 1 Stunde
- auch alleine  nur mit Ihnen zusammen
- Wie lange schaut Ihr Kind fernsehen am Tag?  noch gar nicht  weniger als ½ Stunde
- 1-3 Stunden  mehr als 3 Stunden
- auch alleine  nur mit Ihnen zusammen

**Wahrnehmung:** Mein Kind ...

- .. erkennt die Farben und kann sie benennen  ja  nein
- .. Kann Gegenstände (z.B. Stifte) der Länge nach sortieren  ja  nein
- .. setzt ein 5-Teiliges Puzzle selbständig zusammen  ja  nein
- .. setzt ein 10-Teiliges Puzzle selbständig zusammen  ja  nein
- .. befolgt Aufforderungen „gib mir eins“ „gib mir zwei“ ...  ja  nein
- .. kann rechts und links unterscheiden  ja  nein
- .. kennt Daumen und Zeigefinger  ja  nein

**Verhalten:** Mein Kind ...

- .. zieht sich mit Anleitung weitgehend alleine an?  ja  nein
- .. trennt sich gut von mir und bleibt einige Zeit bei anderen (Freunde, Kindergarten...)  ja  nein
- .. es geht bereits  zur Tagesmutter  in einen Spielkreis  in den Kindergarten
- .. hat Freunde, mit denen es regelmäßig spielt  ja  nein
- .. beschäftigt sich Kind auch zuhause bis zu 1 Stunde alleine  ja  nein
- .. kann sich gut auf das Spielen konzentrieren  ja  nein
- .. hat vor vielen Dingen panische Angst  nein  ja
- .. ist übermäßig schreckhaft  nein  ja
- .. hat vor allen Erwachsenen große Angst  nein  ja
- .. reagiert panisch, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird  nein  ja
- .. ist ungewöhnlich aggressiv  nein  ja

- .. hat vor nichts Angst / zu wenig Angst, kann Gefahren nicht einschätzen  nein  ja
- .. spielt mitunter sehr riskant und risikofreudig  nein  ja
- .. ist sehr unempfindlich gegenüber Schmerzen  nein  ja
- .. macht ungewöhnlich viel kaputt  nein  ja
- .. hat täglich Wutanfälle  ja  nein
- .. ist zuhause ständig ungehorsam  nein  ja
- .. spricht fast jede fremde Person an  nein  ja
- .. geht nach sehr kurzer Zeit mit jeder Fremden Person mit  nein  ja
- .. wehrt sich gegen Zärtlichkeit / will nicht schmusen  nein  ja
- .. ist häufiger ohne Kontakt zu seiner Umwelt, starrt ins Leere, reagiert nicht  nein  ja
- .. ist tags schon sauber, nachts geht das „große Geschäft“ noch in die Windel  ja  nein
- .. ist tags und nachts sauber  ja  nein
- .. ist tags schon trocken, nachts ist die Windel noch regelmäßig nass  ja  nein
- .. ist tags und nachts trocken  ja  nein

**Geschicklichkeit:** Mein Kind ...

- .. malt gern  ja  nein  
(Bitte bringen Sie zur Untersuchung ein Bild mit Haus, Baum und Mensch mit)
- .. bastelt gern und kann schon mit der Schere schneiden  ja  nein
- .. knetet Kugeln und Schlangen und baut daraus Tiere  ja  nein
- .. schraubt Schrauben und schließt mit dem Schlüssel  ja  nein
- .. ißt allein mit Löffel und Gabel und fängt an Messer und Gabel zu benutzen  ja  nein
- .. ist  Rechtshänder  Linkshänder

**Körperkontrolle:** Mein Kind ...

- .. geht alleine und ohne Festhalten die Treppe „wie ein Erwachsener“ (Füße abwechselnd)  ja  nein
- .. springt mit beiden Füßen gleichzeitig vom Sofa  ja  nein
- .. kann fünf Mal hintereinander auf der Stelle hüpfen  ja  nein
- .. kann 5 Sekunden auf jedem Bein Stehen und auch auf einem Bein hüpfen  ja  nein
- .. kann auf Zehenspitzen 3 m vorwärts und 3 m rückwärtsgehen  ja  nein
- .. kann auf Hacken 2 m vorwärts und ein kurzes Stück rückwärtsgehen  ja  nein
- ..  fährt Dreirad  fährt Roller  fährt Laufrad  fährt Fahrrad mit/ohne Stützrädern
- Mein Kind geht zum Kinderturnen o.ä.  ja  nein, wenn ja, was und seit wann? \_\_\_\_\_

**Hören und Sehen:**

- Hatten Sie je den Eindruck, dass Ihr Kind schlecht sieht?  nein  ja
- War Ihr Kind schon einmal beim Augenarzt?  nein  ja
- Hatten Sie je den Eindruck, dass Ihr Kind schlecht hört?  nein  ja
- Hat Ihr Kind häufig Mittelohrentzündungen?  nein  ja
- Fragt Ihr Kind oft nach, weil es etwas nicht verstanden hat?  nein  ja
- Befolgt Ihr Kind auch Aufforderungen, wenn es Sie nicht sieht (z.B. wenn Sie in einem anderen Zimmer sind, aber die Türen offen sind)?  ja  nein
- Stellt Ihr Kind den Fernseher und das Radio oft lauter?  nein  ja
- Kann Ihr Kind erkennen, von wo ein Geräusch kommt?  ja  nein
- War Ihr Kind schon einmal beim Hals-Nasen-Ohrenarzt?  nein  nein
- Ist bei Ihrem Kind schon einmal ein Hörtest gemacht worden?  ja, und zwar \_\_\_\_\_  nein

**Vorsorgliche Behandlungen:**

- Hat Ihr Kind die D-Fluorette/Vigantolette/Vigantolöl bekommen?  ja  nein Wie lange? \_\_\_\_\_
- Führen Sie jetzt eine Kariesprophylaxe mit Fluorid (Zahnpasta) durch?  ja  nein

**Fragen:**

Worüber möchten Sie gerne ausführlicher mit mir sprechen? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_