

Liebe _____ Sie haben mit Ihrer Tochter / Ihrem Sohn _____ am
_____ um _____ Uhr einen Termin zur **Vorsorgeuntersuchung U7**

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

- .. kennt ein regelmäßiges „Gute Nacht Ritual“ mit Geschichte / Lied etc. ja nein
- .. schläft in der Regel problemlos ein, auch ohne, dass ich dabei bin ja nein
- .. schläft problemlos fast jede Nacht durch ja nein
- .. schläft immer noch oft in meinem/unserem Bett, obwohl ich/wir das nicht gern sehen nein ja
- .. weint manchmal nachts ohne erkennbaren Grund und ist dann schwer zu beruhigen nein ja

Ernährung / Verdauung: Mein Kind

- .. bekommt noch die Flasche ja und zwar: _____ nein
- .. verlangt nachts noch zu Trinken und bekommt Wasser, Milch nein
- .. bekommt zu essen (Familienkost / Mischkost, Babygläschen, nur Püriertes, vegetarisch, etc.):

.. ist ausgesprochen wählerisch beim Essen nein ja

Ich habe das Gefühl, dass mein Kind untergewichtig / übergewichtig ist nein ja

.. trinkt am Tag weniger als 0,5 l zwischen 0,5 und 1 l mehr als 1 l mehr als 2 l

.. hat am Tag _____ mal Stuhlgang

.. hat häufig Probleme mit festem Stuhlgang nein ja

.. neigt zu Durchfällen nein ja

wenn ja: trinkt Ihr Kind viel Säfte / insbesondere Apfelsaft? ja nein

Sprache: Mein Kind

- ... nennt sich schon selbst beim Namen (auch verkürzt, z.B. „Ela“ statt Gabriela) ja nein
- ... zeigt mind. 2 verschiedene bekannte Personen, wenn ich es dazu auffordere ja nein
- .. zeigt mind. 4 verschiedene Dinge, wenn ich es dazu auffordere ja nein
- .. zeigt auf Aufforderung Auge, Nase, Mund, Bauch, Ohren, Fuß ... ja nein
- .. benennt mind. 4 Gegenstände, die es auf Bildern sieht ja nein
- .. benennt mind. 2 Tätigkeiten, die es auf Bildern sieht („baden“, „essen“, „schlafen“) ja nein
- .. spricht mind. 20 Worte, außer „Mama“ und „Papa“ (_____ Worte) ja nein
- .. bildet schon 2-Wort-Sätze („Mama da“, „Papa Arbeit“, „Ela will“, „auch haben“) ja nein
- .. kann schon 5-Wort-Sätze nachsprechen („der Junge hat ein Auto“, „Das Mädchen spielt Ball“) ja nein
- .. befolgt 2 von 3 Aufforderungen („hol den Ball“, „mach die Tür zu“) ja nein

Verhalten: Mein Kind

- .. macht Wünsche auch ohne Schreien deutlich ja nein
- .. wäscht sich schon die Hände und trocknet sie alleine ab ja nein
- .. spielt schon fangen mit anderen Kindern ja nein
- .. kann schon Kleidungsstücke alleine ausziehen ja nein
- .. kann schon Kleidungsstücke alleine anziehen ja nein
- .. bleibt schon einmal kurze Zeit alleine bei anderen (Oma, Tante, Freundin) ja nein
- .. ißt schon allein ohne viel kleckern ja nein
- .. hilft bereits bei einfachen Arbeiten im Haushalt (Tischdecken ...) ja nein
- .. hat gelegentl. heftige Wutanfälle und ist dann schwer zu beruhigen ja nein
- .. geht bereits zur Tagesmutter, Krabbelgruppe Kinderkrippe ja nein
- Wenn ja, bleibt es dort problemlos alleine? ja nein
- .. geht zum Kinderturnen, Babyschwimmen, musikalischer Früherziehung, Kinderturnen o.ä. ja nein,
wenn ja, was und seit wann? _____

Wie lange schaut Ihr Kind fernsehen am Tag? gar nicht
 weniger als ½ Stunde ½ -1 Stunden 1 - 3 Stunden mehr als 3 Stunden
 auch alleine nur mit Ihnen zusammen

Geschicklichkeit: Mein Kind ..

- .. baut schon Türmchen mit 4 Klötzchen ja nein
- .. kritzelt kreisförmige „Knäuel“ auf Papier, wenn es einen Stift erhascht ja nein
- .. kann schon einen waagrechten Strich nachmalen, wenn man es ihm vormacht ja nein
- .. kann schon einen senkrechten Strich nachmalen, wenn man es ihm vormacht ja nein
- .. steckt kleine Gegenstände (Rosinen) in eine Flasche, wenn man ihm das zeigt ja nein
- .. öffnet Reißverschlüsse alleine ja nein
- .. steckt Scheiben auf einen Stab ja nein
- .. kann schon Wasser von einem Becher in den anderen gießen, ohne viel zu verschütten ja nein
- .. kann schon einen Ball werfen ja nein
- .. kann schon den Schraubdeckel auf Flasche oder Glas aufmachen ja nein

Stehen und Laufen: Mein Kind ...

- .. steht schon sicher auf seinen Beinen ja nein
- .. läuft bereits frei ja nein
- .. kann schon 5 m rennen, ohne hinzufallen ja nein
- .. kann schon rückwärts gehen ja nein
- .. kann schon einen Ball kicken ja nein
- .. geht bereits allein die Treppe rauf ja nein
- .. fängt an zu balancieren ja nein
- .. kann schon alleine auf ein Schaukelpferd steigen und reiten ja nein
- .. fährt schon Rutschauto (Bobbycar), Lauf-Dreirad, Dreirad, _____ ja nein

Hören und Sehen: Mein Kind ...

- .. betrachtet gern Bilderbücher mit mir ja nein
- und kann sich dabei bereits bis zu _____ Minuten konzentrieren
- ... zeigt mir auf Aufforderung auch kleinste Details auf den Bildern ja nein
- .. versteht mich auch, wenn ich flüstere (z.B. „Wo ist Mama?“, „Gib mir den Ball“)
- .. versteht auch zwei kombinierte Aufträge (z.B. „Hol das Auto und bring es zu Papa“)
- .. reagiert auch auf leise, vertraute Geräusche (Telefon, Haustür öffnen, Stimmen) ja nein
- Hat Ihr Kind häufig Mittelohrentzündungen? ja nein
- Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind schlecht hört oder sieht? _____ nein ja
- War Ihr Kind schon einmal beim Augenarzt? ja nein
- War Ihr Kind schon einmal beim Hals-Nasen-Ohrenarzt? ja nein
- Ist bei Ihrem Kind schon einmal ein Hörtest gemacht worden? Ja, und zwar _____ nein
- Wenn ja, wann? _____

Vorsorgliche Behandlungen:

- Bekommt Ihr Kind regelmäßig Vitamin D? (z.B.: D-Fluorette, Vigantolette, Dekristol ...) ja nein
- Hat Ihr Kind schon mehrere Zähne? ja nein
- Wenn ja: Beugen Sie Karies durch Verwendung einer Fluorid-haltigen Zahncreme vor? ja nein
- Wenn ja: Waren Sie mit Ihrem Kind schon einmal beim Zahnarzt? ja nein

Fragen:

Worüber möchten Sie gerne ausführlicher mit mir sprechen?
